TOME II. — N° 2 JUILLET 1953

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

# MÉMOIRES ORIGINAUX

## CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE ET A LA PSYCHOPATHOLOGIE DES MYSTIQUES

DEUXIÈME PARTIE (*)

### *Le prophétisme normal et le prophétisme pathologique* (**)

PAR

HENRI BARUK, J. LAUNAY et J. ROLAND

Dans un précédent mémoire, nous avons rappelé que l'on peut distinguer, parmi les mystiques, deux grands courants. Le premier de ces courants, le courant ésotérique, cherche à s'évader de la terre pour entrer en communication avec Dieu, au moyen de l'ascèse, de la méditation, de la vie intérieure, de la recherche des symboles cachés.

(*) Voir *Annales médico-psychologiques*, juin 1953, pages 1-32.

(**) Rappelons que nous ne nous proposons pas ici d'envisager dans leur étendue toutes les formes de mysticisme ou de pseudo-mysticisme qui ont été étudiées. On trouvera à ce sujet une étude d'ensemble très approfondie dans l'important ouvrage du Dr Osorio CESAR : « Mysticismo e Loucura » paru à São-Paulo, au Brésil, en 1939. Cet ouvrage très complet contient également une bibliographie importante [1].

Nous éliminerons de notre étude tout ce qui concerne le spiritisme, la magie, le fétichisme, qui sont d'ailleurs des formes de superstition totalement opposées à l'esprit du monothéisme.

Le second, au contraire, cherche à faire descendre sur terre la Morale Divine et consiste à défendre la justice, à soutenir l'opprimé, à lutter pour améliorer les conditions sociales en les soumettant aux lois d'une morale supérieure. Ce second courant est le fait d'hommes d'action, ayant bien les pieds sur terre et plongés profondément dans la vie. Ce sont là les prophètes d'Israël, les prophètes de l'Ancien Testament.

Dans une précédente étude consacrée aux hallucinations chez les mystiques, et en particulier à Joseph Caro, nous avons étudié spécialement le courant ésotérique, avec ses formes normales et ses déviations pathologiques. Nous étudions maintenant le courant prophétique. Comme pour le précédent, ce courant présente ses aspects normaux et ses déviations pathologiques. Ce serait en effet une grave erreur de partir de l'observation de manifestations pathologiques pour ranger dans la maladie tous les sentiments qui soulèvent l'âme humaine. Du fait qu'il existe des délires amoureux et des érotomanes, il ne s'ensuit pas que l'amour est par définition une manifestation pathologique. Du fait qu'il existe des délires mystiques, il ne s'ensuit pas que, par définition, toute activité mystique est pathologique. Il ne faut pas oublier que les symptômes des maladies mentales ne constituent, pour la plupart, qu'une exagération ou une déviation de la psychologie normale dont ils ne diffèrent le plus souvent que par des différences de degrés et non de nature.

Or, le prophétisme constitue non seulement une manifestation normale mais encore une manifestation nécessaire à la vie des sociétés humaines. Il constitue une attitude de certains personnages au grand cœur, qui, par leur vie, constituent un exemple, et qui, grâce au prestige moral qu'ils ont acquis et à la vigueur de leur personnalité, se portent défenseurs des innocents, luttent contre les iniquités ou les négligences sociales, et sont animés d'un esprit qui soulève la société vers un but supérieur. Lorsque de telles personnalités, qui voient plus loin que l'intérêt immédiat et qui donnent à leur pays le rayonnement spirituel d'où émane toute force durable, lorsque de telles personnalités qui voient clair dans l'avenir, disparaissent, leur pays se désagrège peu à peu en restant aux mains de personnalités médiocres, sans initiatives, prenant la mentalité de petits fonctionnaires étroits, heureux, soucieux uniquement de couvrir leur responsabilité et l'intérêt immédiat de leur carrière, évitant tout risque et préférant laisser se développer les pires abus plutôt que d'élever la voix et de risquer la plus petite difficulté. Un pays gouverné par

de tels hommes finit rapidement par perdre toute puissance et est voué à la désagrégation interne et à la démoralisation.

Les personnalités prophétiques substituent la force de l'esprit et de la foi aux soucis mesquins et timorés de la lettre. Ils savent soulever la force d'un peuple et transformer une défaite en victoire, tandis que les personnalités sans inspiration ne savent que transformer en défaite les situations en apparence les plus solides. La faiblesse morale détruit les forces matérielles les plus considérables. Chaque pays a eu ses prophètes et a eu ses périodes de médiocrité sans prophètes. La France a eu, par exemple, Jeanne d'Arc, les inspirés des Droits de l'Homme, les Péguy, les Clemenceau, et elle a eu aussi ses périodes creuses où l'inspiration semble éteinte devant les rouages bureaucratiques injustes, indifférents, pusillanimes et impuissants. Ainsi, les prophètes constituent les personnalités les plus grandes, les plus élevées et les plus utiles d'un peuple.

Mais l'histoire nous apprend qu'à côté des vrais prophètes il y a les faux prophètes. Déjà, dans la Bible, ces faux prophètes apparaissent. Ce sont des personnages qui, au lieu de dire la vérité dans une sincérité totale, quitte à courir les risques les plus grands, ne disent que des paroles pour flatter le peuple afin d'en tirer des avantages personnels. Leur mentalité, contrairement à celle des vrais prophètes, est à base non de désintéressement et de foi, mais à base d'orgueil et d'intérêt. Le vrai prophète est poussé malgré lui à intervenir pour défendre la justice, alors qu'il aimerait mieux rester en paix. C'est par son grand cœur qu'il ne peut rester indifférent. Ainsi en fut-il de Zola, lorsqu'il a risqué tout son avenir, toute sa carrière, en prenant la défense d'un innocent. La gloire en pareil cas, si elle vient, ne vient que beaucoup plus tard et par surcroît, mais l'homme qui jette ses forces dans la balance pour la défense de ce qui est juste ne récolte souvent que haine, amertume et dangers. Il faut qu'une force supérieure le pousse à courir tous ces risques. C'est là le vrai prophétisme, et c'est là une des manifestations les plus élevées de l'humanité, manifestations qui disparaissent toutefois dans la servitude lorsque l'homme s'avilit dans la mentalité d'un esclave docile et dans la flatterie du pouvoir !

Le vrai prophète est donc désintéressé et modeste, et il est entraîné dans son action salvatrice par une force qui le dépasse, une inspiration. Ainsi peut-on comprendre les inspirations du Seigneur adressées aux prophètes bibliques et les ordres de se lancer dans la bagarre, malgré les risques et malgré soi.

Le faux prophète est, au contraire, imbu de lui-même et se croit destiné à une mission supérieure. Au lieu d'être l'humble serviteur de la vérité, à laquelle le prophète sacrifie parfois ses intérêts et même sa vie, le faux prophète se fait sa popularité. On en trouve, dans la Bible, un exemple saisissant dans l'histoire de Saül, le type de l'homme politique sans inspiration, qui, lancé par le prophète Samuel, l'inspiré, dans la guerre contre les Amalécites, et fier de sa victoire, garde le butin et fait élever un trophée en son honneur sur le Mont Carmel. C'est alors que le prophète Samuel intervient et, s'adressant à Saül, lui dit : « Si tu te sens petit à tes yeux, tu es le chef des tribus d'Israël et Dieu t'a oint comme le roi d'Israël. » (Samuel I, chap. 15, verset 17). Ce verset a une profondeur psychologique considérable. Il montre bien que celui qui se sent médiocre, compense ce sentiment par l'orgueil et par les marques extérieures de succès. Toutes les lois psychologiques de la conscience morale sont déjà dans ce seul verset. C'est alors que, devant cette médiocrité, Samuel juge Saül indigne de la royauté et qu'il donne ensuite l'onction à David, sur l'ordre de Dieu.

Un des caractères essentiels du faux prophète est donc l'orgueil ainsi que l'intérêt personnel. Un autre caractère réside dans le fait que le faux prophète ne voit pas la réalité. Ne voyant que l'intérêt immédiat, il ne voit pas l'avenir en marche, ni les forces qui naissent ; étant insensible à l'injustice, il flatte le puissant du moment, sans se rendre compte qu'il sera balayé avec lui le jour où le rétablissement sera fait. Le faux prophète, qui a l'apparence d'un réaliste, agit en fait comme un aveugle. L'aveugle, en pareil cas, est celui qui ne se conduit que d'après ce que ses yeux voient, et qui ne sent pas les forces morales cachées, comme il est dit dans un verset du prophète Isaïe relatif au Messie (chap. 11, verset 3) : « Ce n'est pas suivant l'apparence de ses yeux qu'il jugera, ou par l'audition de ses oreilles qu'il réprimandera, mais il jugera les faibles dans le Tsédek, et dans la droiture il réprimandera les humbles de la terre, et il frappera la terre de la verge de sa bouche, et du souffle de ses paroles il fera périr les méchants. » C'est pourquoi la langue hébraïque a créé deux verbes différents pour exprimer la vision. Le verbe « Rao » désigne la vision ordinaire, et le verbe « Rhazo » désigne la vision de la profondeur de la réalité, la vision de l'avenir, la vision du prophète qui voit, sait prévoir et par conséquent sait gouverner.

La pathologie mentale nous montre aussi de faux prophètes. Ce qui caractérise le prophétisme pathologique, c'est d'abord

l'orgueil en vertu duquel le sujet se croit appelé à une mission extraordinaire et méprise ses contemporains. C'est aussi le fait que le sujet ne tient pas compte de la réalité et est si sûr de lui qu'il intervient sans tenir compte de l'état d'esprit des autres, des difficultés, des possibilités d'application, etc... Cette méconnaissance de la réalité, méconnaissance qu'on ne trouve pas chez les vrais prophètes, est un des caractères essentiels de la pathologie. D'ailleurs, dans de nombreuses études très intéressantes, P. Giscard a bien approfondi ce caractère essentiel et il a bien insisté sur l'importance des facteurs d'inadaptation sociale dans les états pathologiques [2].

Par ailleurs, dans une très intéressante observation intitulée : « Délire d'intuition », Laignel-Lavastine, Jean Delay et Deshaies [3] présentent le cas d'un malade qui, mobilisé durant la guerre de 1939-1940, eut soudain l'impression, la révélation que la guerre était perdue. Il s'agissait d'un phénomène d'intuition pure, sans hallucination, et Jean Delay insiste sur « ces critères de connaissance immédiate, absolus, revêtus d'une forte charge affective et d'un caractère pathétique ». Ce sont ces critères qu'assigne William James à l'expérience mystique : l'ineffable, la certitude de l'absolu. Toutefois, on peut noter, chez ce sujet, un égocentrisme très marqué et à base d'orgueil ; d'ailleurs, plus tard, le caractère pathologique s'est de plus en plus accentué : il se croyait destiné à devenir professeur de médecine sans avoir fait d'études et des idées mégalomaniaques se développèrent de plus en plus. Quant au cas de Pottier [4], il a suscité aussi une discussion assez complexe.

Dans d'autres cas, les faits sont moins tranchés. S'il existe des côtés pathologiques dans l'importance de l'orgueil et la méconnaissance de la réalité, il peut exister aussi un élan sincère et assez désintéressé qui peut offrir au médecin un moyen d'acheminer le malade vers la guérison, s'il sait l'écouter avec sympathie et appliquer le véritable traitement moral. En voici deux exemples :

Observation I. — Mlle G... est entrée à la Maison nationale de Charenton le 3-3-50, venant de l'hôpital psychiatrique de Vaucluse.

L'internement de la malade remontait à février 1948, à la suite de l'incident suivant. Poursuivant depuis deux ans le R.P. X..., pour lui faire part d'idées de réforme concernant l'Eglise Catholique, elle était allée chez lui, à la veille du Carême, afin de superviser le sujet de ses sermons. Ne l'ayant pas trouvé, elle était entrée dans son bureau de travail et avait brisé un crucifix. Revenue quelques jours après, pour,

dit-elle, donner au R.P. des explications sur cet acte, la malade a été internée à la suite de cette entrevue, au cours de laquelle elle se serait montrée très excitée et aurait à nouveau brisé quelques objets.

Dès son arrivée dans le service, Mlle G... se présente avec un état d'exaltation à base idéologique. Elle a pris conscience de la nécessité de « donner aux paroles du Christ une signification plus rayonnante et plus pure » que celle communément adoptée par le clergé. Elle est « inspirée par l'Esprit de Vérité » et cherche à faire proclamer ses idées nouvelles. Elle a une conception de réforme de la Religion Catholique basée sur deux points essentiels.

*a*) La vue du crucifix évoque des idées de crime et de meurtre. Cette image contribue, dès l'enfance, à mettre des idées de crime dans la tête des hommes. Elle devrait être interdite, et c'est d'ailleurs pourquoi, symboliquement, elle a brisé le crucifix du R.P. X...

*b*) La seconde idée de réforme est la suivante. La vérité doit être vénérée au-dessus de tout ; c'est l'Esprit de Vérité qui fera l'union du Monde, et, comme il s'extériorise par la parole, celle-ci doit être purifiée. « Le Christ est mort trop jeune, sans pouvoir se faire comprendre, et, jusqu'ici, les interprétations données à ses paroles sont erronées. » C'est pourquoi elle s'est adressée à l'un des grands prédicateurs, pensant que, par sa voix, les idées de réforme qu'elle sait nécessaires, auront plus d'efficacité et de diffusion. C'est pourquoi également elle devait contrôler les sermons du R.P. X...

Mlle G... nous dit que, dans sa vie, deux événements l'ont particulièrement marquée et l'ont amenée à ses idées mystiques actuelles.

*a*) Le premier se situe à l'âge de 12 ans. A la suite d'une rédaction ayant pour thème : « Dites l'élève de la classe que vous aimez le mieux et celle que vous aimez le moins », la majorité de ses compagnes l'avait désignée comme l'élève qu'on aimait le moins. Il semble qu'il y ait eu une raison physique à ce jugement, la malade étant, nous dit-elle, couverte de gourme et toujours tenue à l'écart des jeux. « Voyant cela, explique-t-elle, j'ai fait une prière et ai demandé à Dieu de m'aider à faire qu'un jour elles (ses camarades) s'aperçoivent que je les ai toutes aimées. »

Dernière enfant d'une famille de sept, la malade passe sa jeunesse à la campagne dans un milieu familial peu religieux. Elle passe son certificat d'études et vient travailler à Paris à l'âge de 14 ans, comme bonne à tout faire. Puis elle est serveuse de restaurant, apprend la comptabilité et devient caissière, métier qu'elle exerce pendant de nombreuses années dans différentes brasseries, tant en province qu'à Paris.

*b*) La seconde étape de son évolution mystique se situe, nous dit la malade, entre l'âge de 32 et 37 ans. Afin de consacrer plus de temps aux soins d'un frère tuberculeux, la malade abandonne le métier de caissière et s'installe chez elle comme corsetière. Elle commence alors à tirer les cartes et peu à peu s'initie au métier de cartomancienne. Elle

donne à ce métier un sens altruiste, un moyen d'aider son prochain. De plus, elle nous dit avoir été attirée par les cartes parce que, lorsqu'elle était enfant, une femme de son village tirait de temps en temps les cartes à sa mère, et qu'ainsi elle la consolait et l'aidait à supporter ses difficultés.

Peu à peu, la pratique des cartes fait apparaître chez notre malade des signes de symbolisme. « Elle apprend à pénétrer la signification des images ; elle décide de donner aux quatre dames du jeu une même personnalité, celle de la consultante, sous les aspects de l'intérêt privé, de la vie sentimentale, de la légitimité et de la position sociale. » C'était, selon elle, « le regroupement de toutes les têtes sur une seule tête, c'était l'initiation à l'unification ».

Plus tard, la malade nous dit avoir pris conscience de « la nécessité pour tout être d'être aimé et protégé, nécessité démontrée par le fait que tant de gens venaient lui demander des conseils. Il faut, par conséquent, à la société, un cœur où tout être puisse entrer : ce cœur ne peut être que l'Esprit de Vérité, et elle a décidé d'accepter tout ce qu'Il lui demanderait et lui inspirerait ».

Toute cette seconde période correspond, chez notre malade, à un épisode sentimental qu'il est important de signaler. Ayant une liaison avec un homme marié et père de famille, elle se trouve enceinte. Malgré un vif désir d'être mère, elle se fait avorter sous la pression de son amant. C'est là un événement qui la marque beaucoup et dans lequel elle voit rapidement un symbole. « J'ai alors compris la communion de l'esprit et du corps, et puisque j'avais tout sacrifié à cet homme, jusqu'au désir d'être mère, si je ne pouvais enfanter la chair, je pouvais enfanter l'esprit. Et la chose est possible quand l'esprit qui s'en va part avec la certitude qu'il aurait été aimé. Alors, il revient pour consoler celle qui l'aurait aimé. »

A la suite de cet événement, la malade abandonne le métier de cartomancienne et reprend celui de caissière. C'est pendant la guerre, à l'âge de 40 ans, qu'elle sent la nécessité d'agir. « En voyant cette immolation universelle, j'ai su que l'innocent ne pouvait pas payer pour le coupable ; la crucifixion n'aboutit pas à la purification ni à l'union du monde. Seule la purification de la parole peut être source de l'union du monde ; c'est pourquoi j'ai été amenée à aller trouver le R.P. P., puis le R.P. X.... parce qu'ils étaient des évangélistes et que par eux pouvait s'opérer la purification de la parole. »

Actuellement, après quatre ans et demi d'internement, contre lequel elle proteste énergiquement, la malade exprime ses idées avec grande passion. Elle est convaincue d'être dans la bonne voie puisqu'inspirée. Elle accepte la discussion, mais, très rapidement, prend un ton prophétique qui ne souffre pas de contradiction. Outre cet idéalisme passionné, s'extériorise actuellement une illusion très nette : la malade pense que ses démarches ont partiellement abouti et que le R.P. X... s'est inspiré de ses conseils pour la rédaction de ses derniers sermons.

En résumé, il s'agit ici d'un cas d'idées mystiques avec sentiment d'inspiration associées à des idées de réforme de l'église catholique ayant entraîné des démarches incessantes, motif de l'internement.

L'étude psychologique de cette malade permet de mettre en évidence :

1. un certain degré de rigidité : la discussion devient rapidement impossible et une récente entrevue, sur sa demande, avec le R.P. R., n'a fait qu'exciter chez elle le sentiment de son importance ;

2. une méconnaissance totale de la réalité associée actuellement à l'illusion d'être l'inspiratrice du R.P. R.

Quand on étudie la génèse des idées mystiques de cette malade, on est frappé, dans l'histoire de sa vie, par l'existence d'une affectivité débordante dirigée dans le sens de la charité et de l'altruisme. Devant le jugement de ses compagnes, à l'école, elle veut qu'un jour on sache qu'elle fait du bien ; cartomancienne, elle veut aider son prochain, être son confident ; dans sa vie sentimentale, on retrouve la même sublimation affective : « Elle a aimé, nous dit-elle, trois hommes : un blessé de guerre à 18 ans, un étranger à 25, un homme marié, père de famille et malheureux en ménage, à 35 ans. » Elle nous dit, en parlant de ses trois liaisons : « J'ai tout donné pour que le soldat blessé épanche sa douleur, pour que l'exilé oublie sa patrie, pour que l'homme malheureux trouve une compagne consolante. » Le désir déçu d'être mère donne, après l'avortement, naissance à une idéalisation affective de la maternité. On peut donc dire qu'il y a chez cette malade un fond d'exaltation affective indiscutable.

Enfin, il est intéressant de noter le rapport qui existe entre l'éclosion des idées de réforme et certains troubles de la conscience morale. C'est, en effet, à la suite d'un avortement provoqué, que la malade manifeste la nécessité d'une réforme de la religion catholique. Si cet avortement a entraîné une certaine sublimation affective aboutissant à des idées mystiques, il a aussi entraîné des réactions dérivées de réforme qui sont une échappatoire à la critique morale de cet acte et qui tendent à la suppression du crucifix parce qu'image du crime.

L'évolution et la situation actuelle de cette malade sont résumées dans le certificat ci-joint de l'un de nous ; certificat adressé à la préfecture de police.

Certificat du 3 février 1950 : « Est atteinte d'état passionnel avec idées de réformation. A été internée à la suite de démarches répétées

faites auprès du R.P. X... pour lui proposer des réformes qu'elle voulait lui suggérer dans les principes de l'Eglise. En fait, on ne note pas seulement chez Mlle G... un aspect d'idéalisme passionné, mais aussi et surtout *la conviction qu'elle a réussi à être l'inspiratrice du R.P. X...*, et que celui-ci s'inspire de ses conseils pour la rédaction de ses sermons.

« C'est dans cette opinion de sa propre importance et *dans cette illusion contraire à la réalité et à toute évidence* que réside l'état pathologique et même l'élément délirant. A certains points de vue, cette illusion délirante pourrait rappeler la mentalité des érotomanes. Mais le thème délirant est ici différent de celui des érotomanes ; il ne s'agit pas, en effet, de l'illusion d'être aimée, mais de l'illusion d'être reconnue comme l'inspiratrice d'un des grands prédicateurs ; en un mot, il s'agit d'un thème d'ordre mégalomaniaque, ce qui conditionne les démarches réitérées.

« C'est en vertu de cette conviction que la malade refuse encore de reconnaître son illusion. Une visite qu'elle avait réclamée du R.P. X..., et qui a eu lieu, a eu un effet contraire à ce qu'on espérait. Au lieu de l'apaiser, cette visite a plutôt excité le sentiment de son importance, et elle a reçu le R.P. X... avec une hauteur condescendante.

« Toutefois, il est possible que la psychothérapie arrive à modifier cet état et à ébranler la conviction délirante. Mais il faut encore du temps et des efforts. Quand l'état s'améliorera, à ce moment, une transformation de placement d'office en placement volontaire pourrait être utile, pour éprouver l'amélioration et faire des essais de réadaptation. Pour le moment cette mesure serait encore prématurée.

« *Signé :* Dr H. Baruk. »

Observation II. — M. Michel M..., magistrat, est entré à la Maison nationale de santé venant de l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Le certificat mentionnait que M. M... avait eu pendant un sermon de carême à Notre-Dame la Révélation d'une Mission. Il s'était rendu chez le R.P. X... pour l'emmener par avion voir le Pape à Rome. L'insistance et l'agitation du malade avaient nécessité son internement.

L'histoire de ce malade nous apprend qu'il est né dans les colonies, d'un père français et d'une mère indigène. Il a fait ses études secondaires, puis a commencé sa licence en droit. A la mort de son père, étant sans ressources, âgé de 18 ans, il s'engage dans la Marine. Il a quelques démêlés avec ses supérieurs. Son temps terminé, il reprend ses études de droit et entre dans la magistrature où il y exerce les fonctions de juge.

Mobilisé en 1939, il présente un épisode dépressif de quelques semaines. Il se marie en 1944 et mène une vie active, tant professionnelle que sportive.

En septembre 1950, il prend un congé, vient en France et décide de

préparer le doctorat en droit. Il travaille alors, nous dit-il, quinze heures par jour, se dopant au glutaminol et au maxiton. Il éprouve une sensation de fatigue, mais, malgré son surmenage, trouve le temps de s'intéresser aux problèmes mystiques, au spiritisme, *choses qui lui étaient totalement étrangères jusque-là.* Il découvre avec passion la Bible qu'il ne connaissait pas.

En janvier 1951, il fait un épisode fébrile avec douleurs hépato-spléniques, sans doute d'origine palustre, et qu'il néglige de soigner. Peu après, son caractère change : il devient volubile, irritable à l'égard de sa femme, fait des achats inconsidérés sans se soucier des besoins de sa famille. Il se met à juger de tout, d'un ton tranchant, à l'encontre de toute modestie, dans des domaines qu'il ignore. Son intransigeance pour l'honnêteté l'amène à refuser un avantage que lui accorde la Faculté pour sa scolarité. Il estime que c'est un « passe-droit ».

Peu à peu, il néglige son doctorat pour s'occuper de plus en plus de la Bible, des Evangiles et même d'ouvrages sur la magie (Cagliostro). Quinze jours avant son internement, il découvre l'Apocalypse. « Il ressent », nous dit-il, « un trouble profond, une impression étonnante de pénétrer le sens caché, profond, authentique des phrases qu'il lit ». Les jours suivants, cette faculté de pénétration se précise : il comprend que « l'Apocalypse s'applique au présent et que de grandes choses se préparent ».

Il va à Notre-Dame écouter le sermon de carême du R.P. X... « Il est émerveillé, enthousiasmé, le R.P. X... est vraiment inspiré... C'est saint Jean réincarné ». Il veut communiquer au R.P. les grandes choses qu'il sait, et obtient, pour le lendemain soir, un entretien qui se poursuivra tard dans la soirée. Il rentre chez lui, persuadé qu'il a convaincu le R.P., et dit à sa femme : « J'ai posé au Père une question. Il doit me répondre. J'ai l'intuition qu'il viendra. Mets son couvert demain soir. »

Le lendemain, il passe la journée dans Paris à la recherche de différentes éditions des prédictions de Nostradamus. Le soir, ne voyant pas le Père arriver, il lui dépêche un taxi payé avec mission de le ramener.

Le lendemain, étant au théâtre avec sa femme, il lit à l'entr'acte, dans un journal, que la terre a tremblé à Lyon. Il a la brusque intuition que ce sera la fin du monde demain. Il veut voir le R.P. X... sans délai, lui téléphone et lui dépêche à nouveau un taxi.

Le samedi précédant son internement, il découvre dans l'Apocalypse que la guerre est pour le lendemain et que seul le Pape, en diffusant les consignes qu'il lui donnera, peut empêcher la catastrophe. Il veut partir pour Rome, en avion, avec le R.P. Ne pouvant le toucher, il téléphone à Orly pour retarder le départ de l'avion et enfin envoie un chèque de 100.000 francs au Père pour qu'il puisse partir.

Le dimanche matin, il se lève à 6 heures, marche dans Paris jusqu'à deux heures de l'après-midi, puis prend un taxi et se rend au couvent où habite le religieux, avec l'intention de le forcer à le suivre à Rome.

Devant le refus d'être reçu, il comprend, « par intuition », que le Supérieur du couvent séquestre le R.P., pensant qu'il est lui-même l'Antéchrist. Il s'impatiente dans le parloir où on l'a laissé, passe par une fenêtre et pénètre dans le réfectoire des Pères. Ceux-ci le ramènent à grand'peine au parloir et téléphonent à Police-Secours. Les agents lui affirment qu'ils vont l'emmener à l'avion Paris-Rome où le Père l'attend. C'est ainsi qu'il aboutit à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

A son arrivée à Saint-Maurice, le malade se présente avec une certaine véhémence hautaine, s'insurgeant contre son internement. Très à l'aise, un peu condescendant et familier, parfois moqueur, il parle beaucoup avec d'interminables incidentes. On le sent très sûr, très satisfait de lui-même. Par moments, il se met en colère, parle très fort, devient insolent, impérieux, menaçant même. A l'égard du R.P. X..., il est franchement irrité, parce que « celui-ci n'a pas voulu le recevoir et l'a laissé berner par les policiers ». On peut dire qu'alors le malade présentait un état d'excitation hypomaniaque vrai, confirmé par les démarches désordonnées ayant entraîné l'internement, la notion d'accès dépressif antérieur.

Il est intéressant d'étudier les idées mystiques de ce malade et d'y distinguer plusieurs ordres de fait : l'interprétation des textes, les intuitions et la mission dont il se croit investi, le comportement.

Tout d'abord, nous avons vu que le malade a commencé par donner des interprétations de l'Apocalypse dans le sens des événements actuels. Nous ne citerons qu'un exemple : « A propos de la guerre de Palestine, il interprète ainsi le chapitre XII de l'Apocalypse intitulé *La Dame et le Dragon :* selon lui, la dame c'est l'Eglise, l'épouse du Christ ; le dragon, c'est l'antéchrist, c'est-à-dire l'exaltation de soi ou d'un groupe auquel on s'identifie, c'est la volonté de puissance fanatique et totalitaire, essence de tout impérialisme. »

Le texte dit : « Ensuite parut un grand météore, une dame enveloppée dans le soleil, la lune sous les pieds, la tête couronnée de 12 étoiles. » Selon notre malade, le soleil, c'est l'autorité spirituelle, la lune, l'autorité temporelle ; les deux étoiles, les 12 apôtres fondateurs de l'église. Le texte dit encore : « Elle était enceinte et criait dans les douleurs de l'enfantement », ce qui pour M. M... signifie : « L'attente de la venue prochaine du messie, roi d'Israël et du monde suivant l'ordre de Melchisédek, qui va bouleverser les consciences chrétiennes, agiter douloureusement l'Eglise et amener la résolution du conflit de Palestine. »

Toutes les interprétations de M. M... sont de ce genre. En fait, elles rappellent un travail d'exégèse auquel se livrent un certain nombre de gens normaux.

Dans le domaine des intuitions, nous avons vu qu'elles se sont multipliées au fur et à mesure que le ton affectif montait et qu'elles ont abouti à des révélations diverses : « Il est le fils de Dieu à l'égal de Jésus-Christ... Il est un prophète... Il a une mission à remplir... Il doit sauver le monde, et pour cela voir le Pape... » Toutefois, nous n'avons pas noté d'hallucinations : il n'a jamais entendu Dieu lui parler, mais il s'est simplement senti inspiré.

Son comportement est également modifié par ses convictions. Mais ses tentatives de passage à l'action se révèlent désordonnées, intempestives, mal adaptées à la réalité, si bien, qu'au lieu de créer un courant de sympathie, d'entraîner ses semblables, il se détache d'eux, se singularise, devient « étranger », à la communauté. Enfin, au lieu de s'oublier pour une aussi grande tâche dont il ne serait que l'instrument, nous voyons le malade centrer toute son activité et toutes ses convictions sur l'exaltation de sa propre personne. L'hypertrophie du moi s'accentuant, le malade en vient à accorder à ses seules pensées une portée divine. Il dessine des chandeliers à sept branches, des étoiles de David où il écrit les différentes vertus : vérité, fidélité, ténacité, etc... Il s'identifie plus ou moins à ses dessins et signe ses lettres : « L'Etoile radieuse du matin ». Il se met à édicter, non seulement des règles morales, mais aussi veut reprendre en mains la direction de l'hôpital, rédige un « règlement du conflit de Palestine » à l'intention des autorités. Exaspéré par l'internement, dont les souffrances le confirment dans l'idée que, semblable au Christ, il souffre pour sa mission, il récrimine de plus en plus et devient de plus en plus impératif.

Derrière ces idées mystiques, nous voyons transparaître une rigidité et une tendance très nette à sacrifier la réalité, recherchant l'absolu et poursuivant, nous dit-il, ses idées « jusqu'à l'absurde, quelles qu'en soient les conséquences. » D'où l'insistance qu'il met à affirmer ses interprétations, refusant toute discussion critique, même avec des gens beaucoup plus compétents que lui. Cette rigidité hautaine a entraîné pour le malade nombre de conflits. Il dit lui-même que « toute sa vie n'a été que bagarres ».

Ce malade, sorti du service au bout de quelques mois, est parti se reposer à la campagne. Sous l'influence du calme et du repos, la bouffée d'excitation s'est éteinte. Actuellement, calme, il persiste dans la conviction de ses interprétations et il nous a écrit à plusieurs reprises pour nous les communiquer.

Nous reproduisons ci-dessous le certificat de l'un de nous rédigé au moment de la sortie.

Certificat du 21 mars 1951 : « A été interné à la suite de démarches entreprises relatives à une interprétation de l'Apocalypse ; a eu l'impression d'une révélation du sens de certains passages de l'Apocalypse, révélation s'appliquant aux temps présents et permettant d'éviter la guerre qui menace. Idée de se rendre de suite à Rome auprès du Pape pour lui faire part de cette révélation. Envoi d'un chèque de 100.000 fr. en vue de ce voyage, après audition d'un sermon du R.P. X... Démarches chez les Pères Jésuites qui ont abouti à son envoi à l'Infirmerie spéciale et à son internement à Sainte-Anne, d'où il est venu ici.

« Dans le service, M. M... exprime une série d'idées mystiques, centrées en grande partie sur l'interprétation de l'Apocalypse, mais également sur d'autres passages de la Bible. A l'impression qu'il a été investi d'une mission particulière, parfois même pense qu'il est Fils de Dieu, comme Jésus-Christ. Interprétations de passages de l'Ancien et du Nouveau Testament sous une forme ésotérique et mystique, ou symbolique.

« Il semble que ces préoccupations mystiques soient relativement récentes et leur nature demande à être précisée.

« S'agit-il tout d'abord de mysticisme simple ou de délire mystique de nature pathologique ? Tous les auteurs qui ont étudié le Diagnostic Différentiel des mystiques vrais et des mystiques pathologiques ont insisté sur le fait que les mystiques vrais se caractérisent par leur modestie, le fait qu'ils se soumettent dans la règle de leur vie aux principes qu'ils vénèrent, et aussi le fait que ces principes n'altèrent pas leur adaptation à la réalité mais élèvent seulement leur conduite et leur valeur morale.

« Au contraire, dans les cas de délires mystiques pathologiques, les sujets qui en sont atteints utilisent les textes de l'Ecriture Sainte sous une forme orgueilleuse ; ils s'identifient avec Dieu plus ou moins aux fins de tout régenter ; ils sont en outre rigides et ne prennent pas contact avec la réalité. Chez M. M... on constate, dans ses conceptions, tous les signes de cette dernière éventualité : assurance absolue et orgueil qu'il a eu immédiatement la vraie interprétation de l'Ecriture, rigidité psychique par laquelle il est fermé d'avance à toute objection, méconnaissance de la réalité qu'il prétend forcer à ses idées, sans jamais se critiquer lui-même, d'où ses démarches intempestives et ses prétentions de s'imposer immédiatement à l'attention de l'Eglise et d'obtenir l'accord du Pape. Il semble donc bien qu'il s'agisse ici d'un état mystique pathologique.

« La nature exacte de cet état pathologique demande à être précisée. Le début assez rapide, l'assurance, l'exaltation générale de toute l'activité psychique, l'autoritarisme et le caractère mordant parfois de son attitude, pourraient faire penser à un accès hypomaniaque, hypothèse d'autant plus plausible que les troubles sont survenus après une période

de surmenage intellectuel important, M. M... préparant son doctorat en droit, et se dopant aussi pour ce travail de temps en temps par certains médicaments dont l'action sur le système nerveux est bien connue, comme le glutaminol. On pourrait même se demander au début s'il ne s'agissait pas d'un accès hypomaniaque symptomatique d'une affection organique. Le certificat de Sainte-Anne mentionnait en effet une abolition des réflexes rotuliens. En fait, nous avons trouvé ces réflexes, difficiles à mettre en évidence, mais constatables, notamment par la manœuvre de Jendrassik. L'examen biologique a montré que les réactions de Bordet-Wassermann et les réactions connexes sont toutes négatives dans le sang. On ne trouve aucun signe neurologique pouvant faire penser à une maladie de Bayle.

« D'autre part, le passé de M. M..., et le caractère même de « bouffée » de l'état qu'il présente, ne permettent guère de penser à un état paranoïaque constitutionnel. D'ailleurs, on ne note pas chez lui la méfiance spéciale du paranoïaque, et la légère causticité a beaucoup plus le caractère d'un syndrome hypomaniaque ou d'une bouffée délirante de Magnan apparentée à un état cyclothymique. Toutefois, le repos à l'établissement n'a pas calmé cette bouffée.

« Il semble même que l'internement, et notamment l'internement d'office, ait beaucoup contribué à l'aggraver ; le fait d'avoir été arrêté et d'avoir été brusquement enfermé, a eu sur l'esprit de M. M... un très gros retentissement affectif et émotif. Il a eu alors l'impression que les souffrances qu'il avait subies de ce fait pourraient être comparables à celles du Christ, et on comprend que ces circonstances aient ainsi beaucoup contribué à développer dans son esprit l'idée de sa mission, de son élection divine. La prolongation de cet internement l'irrite, l'exaspère et développe des tendances récriminatives, le malade se figurant qu'il ne doit cesser de protester, d'où ses lettres. Il faut faire remarquer aussi que M. M... vivant en général aux colonies et présentant, semble-t-il, une constitution cyclothymique et hypomaniaque, a besoin d'une dérivation physique pour trouver son équilibre, d'où son habitude des sports. Cette dérivation physique ne peut lui être fournie d'une façon suffisante — bien qu'il fasse ici un peu de tennis — dans un établissement sous la loi de 1838. Sa femme nous apprend qu'elle pourrait conduire son mari dans une propriété située à la frontière suisse, près du Lac de Genève, où il pourrait trouver les conditions de détente favorables. Nous pensons qu'il y a lieu de faire un essai de sortie en ce sens, faute de quoi l'état du malade risque de s'exaspérer, exaspération encore augmentée par sa séparation du milieu familial et les préoccupations qu'il a au sujet de sa femme et de ses enfants.

« *Signé :* Dr H. Baruk. »

Ces deux observations sont fort intéressantes par le fait qu'elles montrent deux personnalités animées d'un élan affectif sincère, mais qui ont présenté des réactions ayant précipité leur interne-

ment en raison de manifestations maladroites découlant de la méconnaissance de la réalité. Ces deux personnalités, fort intelligentes et douées de beaucoup de cœur, auraient pu exprimer leurs conceptions mystiques et leurs projets de réforme facilement, au lieu de se figurer que leurs conceptions étaient tellement évidentes que les dignitaires de l'Eglise se rangeraient immédiatement à leur suite. Cette méconnaissance des difficultés immenses et des oppositions de la réalité, cette opinion si élevée de soi-même qui fait croire à la première qu'elle inspire les sermons d'un des plus grands prédicateurs actuels, et au second qu'en allant à Rome, il va immédiatement et après un très court commencement d'études bibliques, convaincre le Pape lui-même, cette rigidité dans les discussions qui fuit toute contradiction, tous ces caractères sont ceux qui permettent ici ou qui ont permis de reconnaître l'état pathologique. Cet état pathologique était d'ailleurs, chez notre second malade, attesté par un accès périodique et c'est ainsi qu'il a pu guérir. Certains accès périodiques hypomaniaques se retrouvent d'ailleurs assez souvent dans certaines bouffées délirantes à thèmes mystiques, mais, en pareil cas, le caractère assez soudain et la forme même de bouffée, avec l'irritabilité et l'autoritarisme quelque peu agressif qui caractérise l'état hypomaniaque, permettent le diagnostic.

Ainsi, dans le domaine du mysticisme, le diagnostic entre le normal et le pathologique est encore plus difficile que dans les autres thèmes de la pathologie, et, là comme ailleurs, l'art du psychiatre repose sur des nuances très fines, et sur un esprit d'observation et de pénétration psychologique à la fois compréhensif, plein de sympathie, et serré et précis dans l'évaluation non seulement des symptômes, mais de la couleur de chaque symptôme. C'est là un art qui ne peut être acquis que par un immense travail et une expérience très prolongée.

### Illustration

L'illustration ci-après a trait aux centres mystiques de la Galilée, centres des cabalistes et de Caro, dont il a été question dans la première partie de ce travail. Elle représente d'abord Meron, centre des cabalistes, puis Safed, avec la vue du Mont Canaan. Si l'on voulait illustrer la seconde partie de ce travail, consacré, non plus au mysticisme ésotérique, mais au prophétisme, il faudrait donner des vues de Jerusalem ou du Mont Carmel. Mais ces lieux sont trop connus pour faire ici l'objet d'une illustration et, d'autre part, la majesté, la puissance et l'atmosphère si grandiose du site de Jerusalem échappent à toute représentation illustrée et limitée, de même que le monothéisme échappe à toute représentation figurée.

MERON – RUINS OF THE OLD SYNAGOGUE
1374

מירון – הורבת בית הכנסת העתיק

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Cesar (Osorio). — *Mysticismo e Loucura.* São-Paulo du Brésil, 1939.
2. Giscard (P.). — Les Délires mystiques. Société médicale anatomo-clinique de Lille. Séance du 28 mai 1946. *Journal des Sciences médicales de Lille,* mai 1946.
— Les expertises médicales dans les cas de mystiques. Quelques principes de méthode générale. *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes,* Montpellier, 1942.
— L'état mental des mystiques en dehors de leurs visions et de leurs extases. *La Vie spirituelle,* 15 fév. 1949.
— Stigmates et pseudo-stigmates. *Toulouse médical,* nov. 1949.
3. Laignel-Lavastine (M.), Delay (J.) et Deshaies (G.). — Délire d'intuition. Société médico-psychologique, 14 nov. 1940. *Annales médico-psychologiques,* T. II, n° 4-5, nov.-déc. 1940, p. 249-255.
4. Pottier (C.). — Remarques sur le mysticisme dans les délires. Société médico-psychologique, 28 juin 1943. *Annales médico-psychologiques,* oct.-nov. 1943, T. II, n° 3-4, p. 230.

A la fin de la correction des épreuves de cet article, nous avons pris connaissance du bel ouvrage de André Neher Amos : *Contribution à l'étude du prophétisme.* Librairie philosophique J. Vrin, Paris, 1950, dont on peut rapprocher les conclusions de celles de notre article, et qui apporte sur le prophétisme une grande richesse de faits historiques et philosophiques.

# LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE ET LE TEST DE RORSCHACH

PAR

J. FUSSWERK (de Paris)

## I. — APERÇU HISTORIQUE

Dans son dernier article de juillet 1950, Mme Minkowska a étudié l'œuvre de Rorschach dans sa perspective historique. Ce point de vue est important : il permet de suivre l'évolution d'une idée à travers différents courants psychiatriques et montre combien l'élaboration de l'idée de Rorschach dépend des courants psychiatriques de l'époque.

Il est intéressant de remarquer que, quelques années auparavant, dans la même Clinique de Bleuler, une tentative semblable avait été entreprise par Szymon Henz ; au même moment, Klaesi s'était aussi penché sur ce problème. En proposant l'interprétation des taches d'encre, Henz ne voyait là qu'un moyen d'explorer la fantaisie des sujets. Significatif est le titre de son article paru en 1917 : « L'examen de la fantaisie au moyen des taches fortuites chez les personnes normales, enfants et malades mentaux ». Mais ce travail est passé sans laisser de traces, et n'a actuellement qu'une valeur documentaire. Dans le « Psychodiagnostic », citant l'article de Henz, Rorschach écrit ceci (p. 107) : « Henz, dans son commentaire, touche à certains des problèmes formels que nous abordons ici, mais il n'a pas pu y pénétrer profondément parce qu'il s'est trop arrêté, d'une part au contenu de ces interprétations et, d'autre part, à la nature de l'imagination, même dans les cas où l'on ne pourrait parler que de perception. Les conclusions se rapportent plutôt au contenu qu'à l'aspect formel du processus des perceptions. » Quant au « Psychodiagnostic » de Rorschach, qui a paru quelques années plus tard, il est d'une tout autre envergure. Cette œuvre devient l'un des chaînons des

différents travaux publiés au même moment autour de la psychopathologie structurale, travaux qui devaient ultérieurement introduire à la psychologie des formes.

Un autre exemple, qui illustre encore à quel point le courant psychiatrique de l'époque oriente le sens des recherches, est l'évolution des idées de Mme Minkowska pendant son travail sur l'hérédité. Ainsi qu'elle l'expose elle-même dans son livre, étant au début sous l'influence de Rüdin, elle cherchait la confirmation des lois de Mendel ; les qualités mono-hétérozygotes étaient à la base de ses études sur l'hérédité psychique. Comme Rorschach, préoccupée du désir de trouver une transition entre le normal et le pathologique, Mme Minkowska songeait à la classification de Jung en types intro- et extravertis. La parution du livre de Kretschmer « Structure du corps et caractère » et les idées qui y sont exposées l'ont beaucoup aidée, dit-elle, dans son travail, et ont au fond déterminé la direction de ses recherches.

Après la mort de Rorschach, certains auteurs ont essayé de ramener la typologie d'introversion et d'extratension à la typologie de Rorschach. En 1924, Munz publie le résultat d'une étude, inspirée aussi par Bleuler, et faite sur 100 malades, sous le titre : « Les réactions de pycniques devant le test de Rorschach ». Il arrive à un rapprochement entre le type introversif et le schizoïde d'une part, et le type extratensif et le pycnique d'autre part. Il existe sur ce sujet une vaste littérature de langue allemande. Enke publie, en 1927, un article sur les types constitutionnels dans le Rorschach. Le travail d'Ernest Pfahler, « Système de typologie » (Typenlehren), paraît en 1929 ; l'auteur se rapproche des idées de Munz. Malheureusement, ses conclusions ont été infirmées par les expériences ultérieures. Pour ne citer que les travaux les derniers en date de Kuhn, « Le Rorschach en psychiatrie », en 1939, (sur 200 personnes, adultes, enfants et malades mentaux) et « La psychologie de Rorschach et la base psychologique de son test », en 1944, il en résulte qu'aucune conclusion ne peut être tirée du rapport du type psychologique et de ses données dans le Rorschach ; la théorie qui opposait la forme et la couleur ne pouvait plus être maintenue.

Après des années d'interruption, la discussion sur les problèmes de typologie et le Rorschach a été remise à l'ordre du jour par les travaux de Mme Minkowska. Elle a montré de façon magistrale que les données fournies par le Rorschach des schizophrènes et des épileptiques ont des traits tout particuliers, présentent une vision du monde qui leur est propre (mécanisme de

la Spaltung et du lien), en rapport avec leur structure psychopathologique. Elle s'est attachée à montrer que cette vision particulière n'appartient pas exclusivement aux malades schizophrènes et épileptiques, mais qu'elle s'étend à toute la série qui va, d'une part, du schizophrène au rationnel, et, d'autre part, de l'épileptique jusqu'au sensoriel. Ces constatations sont devenues classiques.

Par contre, la série psychose maniaco-dépressive jusqu'à son prolongement vers le syntone n'a pas trouvé de données correspondantes dans le Rorschach. La psychose maniaco-dépressive paraissait, en raison de ses caractères particuliers, réfractaire à toute tentative d'y faire ressortir un mécanisme spécifique tel que celui de la schizophrénie et de l'épilepsie. Pour cette série étudiée dans son fameux livre, « Structure du corps et caractère », Kretschmer s'est préoccupé presque uniquement de l'affectivité et du contact effectif de la personnalité avec le monde. C'est sous cet angle que la graduation fut réalisée et une classification de divers types établie (cycloïde, cyclothyme). Un seul passage de ce livre a trait au problème de la perception. « Comme on le sait, remarque Kretschmer, la sérénité d'âme s'accompagne presque toujours chez les cycloïdes d'une simple accélération du rythme psychique. Ces deux faits : accélération et sérénité, constituent les tempéraments du rythme hypomaniaque. La perception est très rapide, extensive, allant non en profondeur, mais en se multipliant simultanément dans tous les sens. Les idées s'écoulent sans aucune entrave, en s'enchaînant mécaniquement ; c'est ce qu'on appelle, dans les degrés très prononcés, la fuite des idées. On constate alors une incohérence, une domination des impressions momentanées, une prévalence de l'idée naïve et spontanée, un manque de jugement, d'analyse et de synthèse, l'absence de construction logique et d'idée directrice. Le sujet fait preuve d'un intérêt surexcité, mais d'une ténacité nulle. Le rythme psychique des cycloïdes, plus déprimé, ressemble pour l'essentiel à celui des hypomaniaques, par son manque d'endurance, de synthèse et de logique, par l'absence de défense compliquée et de mécanismes complexes, mais le rythme est simple et régulièrement lent. »

Déjà, en 1933, dans son ouvrage approfondi, « Fuite des idées », Binswanger a formulé de sérieuses réserves sur cette conception de la manie. Du point de vue « anthropologique », dit-il, réduire les formes de la vie (Lebensformen) des malades de la série maniaco-dépressive à un trouble de l'affectivité (Stimmung) est une généralisation trop simpliste. L'homme maniaco-

dépressif, déclare Binswanger en résumant sa pensée, est celui qui, contrairement à l'homme moyen, goûte jusqu'au bout les hauteurs et les profondeurs de l'existence ; ainsi est-il également l'homme antinomique par excellence : antinomique dans le cadre de la sphère de la problématique, antinomique dans les plus hauts degrés par rapport à la sphère esthétique et morale, antinomique par rapport à l'existence elle-même. Bien que, sur différents points, les idées de Binswanger soient discutables, cette conception large de la série maniaco-dépressive implique nécessairement une organisation structurale et formelle toute particulière.

En même temps, et en suivant un tout autre chemin, M. Eug. Minkowski a essayé dans « Temps vécu » de définir la propriété structurale et formelle de la syntonie. Deux facteurs sont nommés : durée vécue, synchronisme vécu. Chez le malade maniaque, il n'y a plus de durée vécue, il reste en contact avec la réalité, mais ce contact, uniquement instantané, manque de pénétration. Ce qui fait défaut à notre maniaque, dit M. Minkowski, « c'est le déploiement dans les temps ».

Publiés il y a 20 ans, ces travaux furent interrompus et au fond sont restés sans grand écho. Les travaux de Mme Minkowska sur le Rorschach, la mise au point des séries schizo-rationnelle et épilepto-sensorielle, l'analyse capitale de la structure pathologique et leur vision du monde, ont eu un double effet. Non seulement, l'opposition de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie qui, pendant si longtemps, a présidé d'une façon exclusive à l'élaboration des notions nosographiques et typologiques, se trouvait rompue, mais la série maniaco-dépressive fut, si l'on peut dire, éclipsée par la série épilepto-sensorielle. D'autre part, une lacune se faisait sentir de plus en plus, et de façon urgente se posait la question : Est-il possible que la série maniaco-dépressive avec son prolongement jusqu'au syntone n'ait pas son correspondant, sa structure propre dans les tests de Rorschach ? Est-il possible, comme l'a pensé Mme Minkowska, que le syntone soit le type où se rencontre une harmonieuse répartition de F, C-K, avec les tendances de coartation et de dilatation qui caractérisent les cycloïdes sans particularités structurales aussi nettes et précises que dans les deux autres séries.

Il faut remarquer qu'au cours de la dernière étape de l'évolution de la typologie constitutionnelle, l'opposition entre les constitutions schizo-rationnelle et épilepto-sensorielle, toutes deux en connexion avec des affections à processus, s'est située au premier plan, en laissant la série cyclothymique dans l'ombre. Celle-ci

n'a pas de processus continu ; le processus est au moins caractéristique parce que la psychose évolue par accès ou par phases. C'est probablement la raison pour laquelle les tests de cette série échappaient jusqu'à présent à l'étude structurale, la structure étant mouvante et difficilement saisissable.

Ayant commencé il y a deux ans une étude sur les tests de cette catégorie, nous avons présenté, en 1951, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, à Rennes, une première communication intitulée : « L'affaiblissement du pouvoir formel chez quelques malades mentaux ». Ce n'est que maintenant que nous nous permettons d'apporter les résultats et les conclusions qui pourront combler la lacune concernant le Rorschach de la série maniaco-dépressive et aider à l'étude structurale de cette troisième constitution.

## II. — TESTS ET LEURS ANALYSES (1)

Observation I. — M. N., ouvrier chaudronnier, né en 1893 ; premier internement en 1935, alternatives d'accès maniaques et dépressifs ; quatrième internement en 1939, depuis reste toujours dans les hôpitaux. Depuis 1944, à l'hôpital Ste-Anne, dans le service du Dr Bessière, Le certificat d'internement de septembre 1939, signé par le Dr Logre, est le suivant : « excitation psychique atypique chez un sujet semblant avoir des antécédents de psychose intermittente, chants, bris d'objets, réactions agressives, attitude bizarre, phraséologie entortillée, parle de voix qui s'accompagneraient de couleurs et de formes ». Tous les certificats ultérieurs répètent le diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Travaille toujours dans le service ; depuis quelques années s'est mis à dessiner, sa production est très abondante, souvent à thème érotique.

*Planche I*

1. Il y a un personnage central qui fait ses gestes, penche la tête. Il a un ceinturon avec une boucle très brillante dans le milieu. DKH, la kinesthésie a quelque chose de secondaire, le mouvement et les gestes sont bien définis.

2. Faire la cloche dans le bas. DFO.

(1) Je tiens à remercier le Docteur Bessière, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, d'avoir mis à ma disposition quelques malades de son service et de m'avoir donné la possibilité de les examiner et de leur faire subir les tests ; sans son aide précieuse, je n'aurais pu en général réaliser ce travail.

| | |
|---|---|
| 3. Il paraît avoir un pied tourné de chaque côté symétrique : il est soutenu aux épaules par des personnages qui semblent être russes et qui retiennent leurs vêtements avec leur main gauche et droite ; au postérieur de ces deux personnages symétriques, une figure humoristique (périphérie), leur nez, bouche. Voici, c'est tout. | DKH, après une interruption la réponse continue d'être developpée, s'étend sur des détails voisins (contact par voisinage) et finit par englober toute la planche. |
| 4. Une poignée d'un sabre asiatique ou d'une ombrelle. | Dd FO, exprime toute une atmosphère. |
| 5. On peut distinguer, dans l'uniforme du personnage central, une femme vue de dos au niveau de la taille. | DFH. |
| 6. Ceci aussi un pilon (tête de femme). Les personnages russes en fourrure, ça évoque l'impression de gel. | Dd FO, revient à la kinesthésie et y ajoute la réponse expressive. |
| 7. L'ensemble, je songe à l'aigle double. | GFO. |
| *Planche renversée* | |
| 8. Deux lions, les crinières. | DFA. |
| 9. Une pièce de boucherie accrochée à l'étal, une paire de testicules, des cornes depuis que je suis ici, j'imagine que ma femme m'a trompé. Evidemment, en regardant un souvenir de Sabbat, la manière de préparer la viande chez les Juifs. | DG FO, remarque en rapport avec les idées de son délire. |
| 10. Comme des ailes (on n'a pas précisé quelle était la pièce de boucherie). | DF Ad. |
| 11. Les lions redressent la tête et ils sont accrochés par les griffes de la patte de devant à la pièce de boucherie. | DKA, kinesthésie secondaire, revient aux lions en leur attribuant un mouvement l'unissant à la pièce de boucherie par le mécanisme de contiguïté. |
| 12. Une autre interprétation : on voit une bête, deux yeux, tête de chien, un nez, un chien borgne, ils ne sont pas faits par repliement parce qu'ils ne sont pas symétriques dans les nuances. | DF(C) A, réponse expressive : chien borgne. |

| | |
|---|---|
| 13. Il y a de très jolies figures. | DF(C) H, expressivité : jolies. |
| *Planche II* | |
| 1. Deux têtes de chiens tenant des anguilles pointues, sanglantes. | GFA. |
| 2. Des chiens souillés de sang, des taches en bas, les têtes rouges en haut, le front est dans le tiret. | DCFA, sang. |
| 3. Une série de têtes métalliques, tout ceci évoque la torture. | DF, têtes métalliques. Expressivité. |
| 4. Une forme de papillon qui ouvre ses ailes, vu au-dessus (la tache en bas). | DFC A, image animée. |
| 5. En bas, un instrument ouvert et l'autre fermé. | DFO, antonyme. |
| 6. Une tête d'Hindou, le turban, il étend les bras dans une pose sacrée. | DF(C) (k) H, image-scène expressive. |
| 7. En haut, un cône de l'avion fusée. | DFO. |
| 8. La tête en haut me fait penser à l'Egypte, celle-ci est bien symétrique. | DFH, double interprétation du même détail. |
| 9. Une tête d'un vieillard édenté fossoyeur, une tête de Capet, je n'aime pas le Capet brigand amaigri, on peut le regarder à l'envers ? | DF Hd, profil, détail en rapport avec l'expressivité, donne des impressions personnelles. |
| *Planche renversée* | |
| 10. Un escargot qui a perdu sa coquille (rouge en bas). | DFA. |
| 11. Deux cornes. | Dd FO. |
| 12. Le blanc est plus joli. | Appréciation. |
| 13. Un beau derrière féminin, les jambes fines. | Dbl Hd. |
| 14. L'Hindou, il donne des leçons d'amour à deux femmes nues à mi-corps, elles écoutent attentivement. | La même image dans d'autres détails ; la réponse scénique, mécanismes de contiguïté. |
| 15. Au-dessus, l'Hindou a un chapeau de plumes, une cigarette, un éventail. | Dd FO, continuité de l'image. |
| 16. Le cône de lumière semble être absorbé par je suis en pleine vision ; la coiffure de l'Hindou. | Impression de changement d'éclairage, image *in statu nascendi*. |
| Le cône de lumière illumine la figure de l'Hindou. | |

| | |
|---|---|
| 17. C'est un lustre. | Dbl O. |
| 18. On dirait deux doigts très importants comme volume. | Dd F, doigt. |
| 19. Au-dessus des doigts en miniature deux personnages qui s'invectivent, au milieu des diables assistent impassibles à la lutte. | DKH, scène, expressivité des personnages. |
| 20. Deux jolies têtes avec un faux nez, les yeux sont jolis, le nez fait que c'est un masque à la place du chignon, une tête de canard. | DF(C) Hd, appréciation esthétique. |
| 21. Deux têtes de nègres renversées. | DF(C) Hd. |
| 22. Au milieu un explorateur amaigri aux pieds ligotés. | DF(C) H, expressivité. |
| 23. Une tête de femme très jolie qui a été abîmée, tête redressée, voilette mode 1900, buste, etc... | DF(C) H, scène. |

*Planche III*

| | |
|---|---|
| 1. Une tête d'homme féminisée avec une cravate rouge, un habit noir, un col de fourrure, une agrafe d'orfèvrerie ciselée. | DF Hd, expressivité, une multitude de détails précis. |
| 2. Une pièce anatomique, l'œsophage. | Dd F, anatomie. |
| 3. Une broche représentant une feuille de platane en argent ou en ivoire au niveau du cou de l'homme. | DFO, forme très précise soulignant la qualité de la matière. |
| 4. Deux messieurs qui se font une politesse, un chapeau melon, un panier à la main, ils ont un tablier comme les maîtres d'hôtel, un mouchoir blanc qui dépasse les poches de leur gilet, le gilet a un col surajouté sous forme de pelisse de fourrure. | GKH, l'image vue précédemment se transforme en kinesthésie, nombreux détails descriptifs qui créent l'atmosphère. |
| 5. Une fillette allongée, une tête sur le pavé, l'autre se relevant. | DFH, mobilité de l'image. |

*Planche renversée*

| | |
|---|---|
| 6. Deux hommes, préhistoriques, deux nègres, décidément on est dans le sauvage. | DFH. |
| 7. Un corset orthopédique. | DFO (blanc et gris). |

| | |
|---|---|
| 8. Une corbeille à ouvrage de femme ou un abat-jour pour tamiser la lumière. | Dbl, deux interprétations du même détail. |
| 9. Des motifs de nouveau guignol, des gendarmes en colère s'expliquent avec le pape, à cause de la petite calotte (pourquoi on a droit de se déguiser en maréchal, et non en curé ; je me suis déguisé). | Scène, image difficile à voir en raison de la partie hétéroclite interprétée. |
| 10. Ne croyez pas que vous allez épuiser mon imagination qui est récompense de ma tristesse, ce n'est pas moi, c'est un don de la nature. | Conscience de l'accroissement de son pouvoir visuel. |

*Planche IV*

| | |
|---|---|
| 1. Un personnage qui me rappelle mon rêve, mon cauchemar de cette nuit. | Réponse qui correspond au climat de la planche. |
| 2. Un homme qui me menace jour et nuit, qui me fait subir des outrages, figure chevelue, caricaturale. | GFH, personnage expressif en rapport avec le délire. |
| 3. Je suis un débauché, il est en colère parce que je ne le fais pas participer au plaisir avec les garçons ; je lui rappelle Frédo. | Réponse qui touche à sa vie personnelle. |
| 4. Deux moines, le nez en l'air, bâillent au soleil, ils attendent que la pomme de Newton leur tombe sur le nez. | Dd FH, expressivité et humour. |
| 5. Bonnets en fourrure, deux hommes accrochés par leur nez. | DF(C) H. |
| 6. Poisson du Pacifique. | DFH, partie de la pl. mal délimitée. |
| 7. Têtes de chien droite et gauche braquées. | DF Ad, périphérie. |
| 8. Deux bottes. | DFO. |
| *Planche renversée* | |
| 9. Napoléon. | DF(C) H. |
| 10. Deux têtes de monstres qui tirent la langue sur le col de Napoléon. | DF(C) A, mécanisme de contiguïté. |
| 11. Derrière les têtes, deux chaussures, les talons sont creux comme un couvercle qui est ouvert, des clous, une boîte d'opium. | DF(C) O, plusieurs interprétations successives. |

| | |
|---|---|
| 12. Une peau dans l'ensemble chez un mégisseur ou un tanneur. | GFO. |

*Planche V*

| | |
|---|---|
| 1. Ça évoque l'idée de chauve-souris. | GFA. |
| 2. Droite et gauche deux têtes moustachues, barbues. | DF Hd, profil. |
| 3. En haut deux petites têtes coiffées de chapeaux très hauts, il y a une symétrie, ce n'est pas peut-être la seule. | Dd Hd. |
| 4. Une tête, un profil burlesque, droite et gauche dans le blanc une forte chevelure, un nez original, les mâchoires proéminentes. | DF Hd, expression du visage. |
| 5. Un homme couche sa jambe. | DFH, attitude. |
| 6. Un organe sexuel mâle. | Dd F Hd. |
| 7. Encore une tête en noir. | DF(C) Hd. |
| 8. Cette carte a été faite par surprise, on voit trois sortes de grisailles. | Clob. |
| 9. Encore une tête de femme droite et gauche, une forte masse de chevelure au-dessus du front. | DF(C) Hd. |

*Planche VI*

| | |
|---|---|
| 1. Il y a un homme les bras au corps bien proportionné et son ombre portée dans le bras (noir au milieu). | DF(C) H, forme rarement interprétée, mais bien en vue. |
| 2. Une ligne médullaire tout du long se terminant en bas comme deux ovaires ou testicules. | DF(C), anatomie interprétée d'une façon hétérogène. |
| 3. L'ensemble a une forme d'une peau, exception du papillon en haut. | DFO, les nuances des couleurs jouent un rôle dans la détermination des réponses. |
| *Planche renversée* | |
| 4. Partie de toit d'église pour déverser l'eau. | DFO, réponse rare et originale. |
| 5. Deux têtes cornues, le nez et les moustaches. | DF Ad. |
| 6. Deux taches blanches (milieu). | Dd F, taches. |

| | |
|---|---|
| 7. Une tête de lévrier avec un collier, mais nette du côté droit (clobs), les masses colorées, si l'on peut dire, sont différentes des deux côtés. | DF (C), remarques sur les nuances. |
| 8. Un oiseau en train de couver. | DF(C) situation. |
| 9. Deux têtes, nez, bouche et masse de cheveux à l'intérieur (clob). | DF(C) H. |
| 10. Encore une tête nette (clob), plutôt un oiseau, regardez le bec (revient à la tête différenciée des deux côtés qu'il a vue auparavant), toque en fourrure. | DF(C) Hd. |

*Planche VII*

| | |
|---|---|
| 1. L'axe comme une charnière. | DFO. |
| 2. Une femme qui n'a pas l'air commode. | DF Hd, appréciation psychologique. |
| 3. Six têtes. | DF, même interprétation de différents détails. |
| 4. Deux petits casques à pointe. | Dd FO. |

*Planche renversée*

| | |
|---|---|
| 5. Deux danseurs russes en bottes de fourrure. L'autre jambe levée à la hauteur du genou. | GKH, scénique, description de détails et du mouvement. |
| 6. Encore une tête dans le noir. | DF(C) Hd. |
| 7. L'intérieur de la tache, une lampe à pétrole ou à huile forme ancienne avec un abat-jour. | Dbl O, atmosphère. |
| 8. L'abat-jour sera de la taille de la danseuse, on est contre la taille de la danseuse. | Un ensemble par voisinage. |
| 9. De chaque côté, une tête d'animal, une tête monstrueuse, voilà la langue ou une petite trompe. | DF Ad, vivacité de l'image. |

*Planche VIII*

| | |
|---|---|
| 1. Ici deux petits quadrupèdes, j'ai oublié leur nom, il faut chercher dans le dictionnaire. | DFA, à la recherche du particulier. |
| 2. Deux poissons. | DFA. |
| 3. Deux têtes très fortes, le nez, la mâchoire inférieure très éminente (entre le rouge et ocre). | DF(C) Hd, expression. |

| | |
|---|---|
| 4. Un vieux corset de femme, avec les lacets. | DFO. |
| 5. Au-dessus deux animaux, des quadrupèdes, le dos très long, tête tournée vers le centre et se touchant presque. | DFA, réponse rare, description de l'attitude. |
| 6. Deux figures symétriques. | |
| 7. Dans le blanc, deux petites têtes, le nœud de cravate, foulard très important. | DF Hd, profil, union du blanc et |
| 8. Une jolie tête d'Arabe, avec turban. | DF(C°) Hd, image difficile à apercevoir mais bien en vue, expressivité. |
| 9. De loin un chameau en repos. | DFA, attitude. |
| 10. On prendra une loupe, on verra dans le turban de la femme une tête avec une barbiche, tête d'orateur. | Dd F(C) Hd, attitude et appréciation psychologique. |
| 11. Encore une belle tête, un châle en dentelle comme en Normandie. | DF Hd. |
| 12. Encore une tête d'un moine Moyen Age avec un serre-oreilles comme on en porte en Russie, l'œil, le nez, la bouche et les mouvements des bras, un homme en train de causer, l'attitude d'affirmation. | DFH, description détaillée presque scénique, décrit la situation psychologique du personnage. |

*Planche IX*

| | |
|---|---|
| 1. Une tête casquée, la tache brune. | DF Hd. |
| 2. Le rouge, une tête avec un chapeau à plumes. | DF Hd. |
| 3. Du côté droit la tête d'une biche, les cornes, il s'agissait donc d'un cerf. | DF Ad. |
| 4. Un homme en train de fouiller la terre avec le bras droit, il a un col de fourrure ; la bouche ouverte de stupéfaction. | DKH, attitude et situation psychologique. |
| 5. La peau de bête, la queue coupée. | DFO, deux interprétations de la même tache. |

| | |
|---|---|
| 6. Une tête très fortement accusée, moustache, cou adipeux, graisseuse (rouge). | DF Hd, expression. |
| 7. Profil du tigre en diagonale. | DFH, profil Clémenceau. |
| 8. Tête, on voit des griffes. | Dd F, griffes, tache hétéroclite. |
| 9. Tiens, deux têtes mitrées, les deux sujets se font vis-à-vis, ils semblent jouer ; ils sont assis à la turque. | DKH, scénique, attitude. |
| *Planche renversée* | |
| 10. Les deux sujets ont un sein féminin difforme. Ils tiennent un bout de ficelle comme dans les fêtes foraines. | Deux interprétations du même détail, continuation de l'image. |
| 11. Deux souliers avec la patte pour se chausser à droite et à gauche. | DFO. |
| 12. Deux têtes d'aigles huppés dans le jaune. | DF Ad. |
| 13. La botte de l'Italie. | DF, géographie. |
| 14. Le Père Noël avec un chapeau pointu couvert de neige, il fait froid, il porte un gant et le sac au dos. | DKH, scène, atmosphère, attitude. |
| 15. Encore une tête d'homme qui tire la langue dans le rouge. | DF Hd, geste. |
| 16. Deux éléphants, la trompe coupée. | DFC Ad. |
| 17. Une robe avec jupe ballon, les deux emmanchures, le sein. | Dbl O. |
| 18. Un soldat, le calot, le nez, il a le manche d'une brosse dans la mâchoire. | D FH, réponse hétéroclite. |
| 19. Une ombre qui ressemble étonnamment à ma femme (dans le vert). | DF (C) H. |
| 20. On croirait une mappemonde, le professeur pose les mains sur la mappemonde. | DKH, situation. |
| 21. Une épée à manche ciselé au milieu. | DFO, précision de la forme. |
| *Planche X* | |
| 1. Deux petits animaux des champs ou des putois, un chaume, deux gerbes. | DFA, ensemble, association par voisinage. |

| | |
|---|---|
| 2. Deux sœurs ouvrières en train de s'invectiver sur le trottoir, je leur donne un type social. | DKH, scénique, appréciation psychologique. |
| 3. Un lutin de chaque côté, ils portent un couperet à la main, à côté, un autre lutin debout, un gnome, parce qu'il est plus gros (bleu). | DF, lutin, description d'ensemble. |
| 4. Deux têtes de serpent (bas). | DF Ad. |
| 5. Un religieux en manteau blanc, il porte une croix. | Dbl KH. |
| 6. Un animal à tête d'homme (jaune). | DF, forme structure homme-animal. |
| 7. Des grains. | Dd FO. |
| 8. Deux insectes. | DFA. |
| 9. Deux têtes d'homme (jaune extérieur). | DF(C) Hd. |
| 10. Deux chiens couchés. | DFA, attitude. |
| 11. Un rat (bleu), queue. | DFA. |
| 12. Une certaine liane au point de vue végétal. | DFO. |
| 13. Une femme qui se jette dans un précipice. | DFH, événement dramatique final. |

### Analyse du test

Nombre de réponses : 132 ; G : 8, D : 118, d : 6. Ces chiffres ne sont pas tout à fait exacts, étant donné une certaine mobilité de la vision qui fait que les parties interprétées de la planche ne sont pas toujours bien délimitées. Ex. : « une feuille de platane en argent ou en ivoire » (pl. III), il est difficile de savoir s'il s'agit de D ou de petit d. La même réserve concerne le nombre de réponses-forme. Le chiffre 113 n'est pas précis, le malade donne souvent des réponses d'ensemble qui contiennent plusieurs réponses-forme. Ex. : pl. IX : « encore une tête d'un moine du Moyen-Age avec un serre-oreilles comme on porte en Russie », exprime plus qu'une réponse de forme. Le test est très riche en ces réponses et fait penser à une capacité visuelle particulière. Le malade donne ses réponses avec une extrême facilité, aperçoit les formes là où elles sont difficiles ou impossibles à percevoir pour les autres, mais il est toujours bien dans la planche ; en esquissant à côté les formes vécues, il permet de cette façon de contrôler sa façon de voir. Il a conscience de son pouvoir visuel accru et l'admire ;

on reste stupéfait en face du malade qui déclare en regardant la planche : « Ne croyez pas que vous allez épuiser mon imagination qui est la récompense de ma tristesse, ce n'est pas moi, c'est mon don de la nature. » Et, en effet, il voit plus que les autres, il est capable de donner plusieurs interprétations du même détail, il voit la même image dans diverses parties de la planche, il interprète les parties hétérogènes de la planche, les formes originales, choisies sont fréquentes. A côté de ses réponses F habituelles, un bon nombre des réponses de cette catégorie portent une empreinte toute particulière : c'est l'expressivité. « Une poignée de sabre asiatique ou d'une ombrelle », ou « une tête de vieillard édenté fossoyeur », pour ne citer qu'un exemple, dépeint à côté de la forme même, un ensemble, un climat, un monde auquel il appartient. Le test fourmille de descriptions de cet ordre. Les personnages et les objets sont dotés d'attitudes, de gestes, de qualités psychologiques, sont présentés dans différentes situations ; on dirait que le test est animé, revivifié. On s'étonne parfois du dynamisme de cette vision et des changements qui se produisent pendant l'interprétation ; ex. : planche III, le rouge en haut interprété comme une fillette allongée, la tête sur le pavé et, en tournant la planche, ajoute « l'autre se relevant », ou dans la planche II : « le cône de lumière illumine la figure de l'Hindou », en raison du changement de l'intensité du blanc dans le détail interprété.

En étudiant le test, on constate un mécanisme de voir particulier qui semble essentiel pour cette série de malades. La vision s'étale d'un détail à l'autre qu'il côtoie, englobe les autres détails par voisinage ou par contiguïté et arrive de cette façon à former des ensembles. Mais ces ensembles sont tout à fait différents de la série épilepto-sensorielle. Là, il s'agissait d'une façon de voir condensée, concentrée, la vision des maniaques, se peut plutôt comparer à une masse d'eau qui s'étale, après la rupture du barrage. Ex. : pl. IV : « Napoléon, deux têtes de monstres », les deux réponses s'additionnent : « Deux têtes qui tirent la langue sur le col de Napoléon. »

Les réponses K ont aussi un caractère tout spécial ; elles sont nombreuses, au moins 11, pas toujours faciles à distinguer des réponses expressives ; leur trait essentiel est l'excès des mouvements exprimés, beaucoup de descriptions, de détails de forme ; elles présentent souvent un ensemble scénique. Dans les kinesthésies scéniques, les mouvements sont plutôt décrits que vécus, et c'est pourquoi leur valeur kinesthésique semble secondaire ; il y a rapport entre ces kinesthésies et les réponses expressives, parfois

le malade réunit quelques-unes de ces dernières, les organise dans un ensemble et leur fait exprimer une situation ou une attitude (scène), tandis que les facteurs mouvements restent peu importants. La plupart des kinesthésies du test sont de cet ordre.

Le malade se sert du jeu et des nuances des couleurs pour donner à ses réponses un caractère d'expressivité. Les F(C) constituent un élément capital du test. La mobilité de la vision, jointe au jeu de nuances de couleurs, semble être à la base de cette multitude d'aspects expressifs vécus par le malade.

Les réponses couleurs sont peu nombreuses, les planches en couleur ne sont pas traitées d'une autre façon que les autres, l'acuité de la vision ne se traduit pas par une augmentation de réponse couleur.

A noter un genre de réceptivité initiale à caractère fuyant, faisant place aux événements de la vie personnelle. La pl. IV, planche du traumatisme, fait émerger les idées délirantes du malade : « Un homme me menace jour et nuit... je suis un débauché, il est en colère parce que je ne veux pas participer... », ou dans la planche première : « une paire de testicules de cornes, — depuis que je suis ici, je m'imagine que ma femme m'a trompé ».

Observation II. — Mlle Y., institutrice, enseignant le dessin, âgée de 27 ans ; hérédité maternelle très chargée. Grand-père maternel, atteint de psychose intermittente, mort dans un hôpital psychiatrique. Un oncle (frère de la mère), considéré par la famille comme bizarre, pessimiste, parle souvent de la mort, vivant dans l'attente de celle-ci ; vie normale, cependant d'humeur très changeante. Mère mélancolique, dont la mort est aussi le sujet préféré et qui exprime le désir de mourir. Nombreux membres de la famille très doués pour le dessin.

Mlle Y., jamais internée ni hospitalisée, a essayé deux fois de se suicider : la première fois à l'âge de 10 ans (après une contrariété a tenté de se pendre) ; deuxième tentative à 23 ans, après une déception amoureuse. Caractère très changeant, périodes relativement longues de bonne humeur qui vont jusqu'à l'excitation, avec périodes dépressives intercalaires. Le test fut pratiqué quand la malade était plutôt en bonne forme.

*Planche I*

| | |
|---|---|
| 1. Deux oiseaux de proie avec deux grosses pattes, ils ont la troisième patte et ils tiennent une proie, ils venaient de fondre sur la proie et ils relèvent la tête dans un mouvement de défense. | GKA, scène, description de nombreux détails de mouvement et d'attitudes : l'élément descriptif domine l'élément kinesthésique. |

| | |
|---|---|
| 2. Quelque chose qui m'intrigue de décoration (milieu et le blanc). | DF, décoration blanc et noir ensemble, partie mal délimitée. |
| 3. La gravure à la pomme de terre qu'un gosse peut obtenir avec le gris qui sont le résultat d'un moins bon encrage. | G, clob technique en rapport avec les préoccupations professionnelles. |
| 4. Une espèce de bonhomme, une tête dans une forme de tête de sucre (blanc). | Dbl FH. |
| 5. Os de bassin, l'ensemble. | GF, anatomie. |
| 6. Une tête avec l'ombre dans l'eau. | D clob, l'ombre. |
| 7. Il fait beaucoup de vent parce que les oreilles sont relevées, probablement en train de courir. | Continuation de l'interprétation. DF(k) H, scène, plus d'explications que de mouvements vécus. |
| *Planche renversée* | |
| 8. Un four avec une pièce en vase, on lui a mis un support pour qu'il ne bouge. | DFO, technique. |
| 9. Deux figures allégoriques. | DFH. |
| 10. Des femmes qui tendent les bras et qui doivent présenter quelque chose. | DKH, réponse de contour. |
| 11. Deux pantins genre Pinocchio dos à dos, ils ont un air ahuri. | DF(C) H, personnages théâtraux, agressivité. |
| 12. Ici, un insecte (genre licaure), avec des espèces de grandes pinces. | DFA. |
| 13. Ici, un trou, on a percé une épingle. | Dd FO, réponse explicative. |
| 14. Une tête fantastique, les ailes déployées. | DF, élément fantastique. |
| 15. En haut, au-dessus le blanc, le vide, comme si pays ensoleillé. | Vision en profondeur. |
| 16. Une tête de femme 1900, un buste comme si c'était une statue, elle est peignée avec les cheveux relevés, avec un chignon, la taille est mince, cambrée, elles sont toujours deux dos à dos. | DFHd, expressivité, nombreux détails, mécanisme de voisinage en développant l'interprétation. |
| 17. Deux enfants qui se tiennent la main, qui portent quelque chose. | DKH. |
| 18. De lourd, une ombre chinoise. | DF, ombre, caractère fugitif. |
| 19. Cloches de Pâques. | DFO, expressivité. |

*Planche II*

| | |
|---|---|
| 1. Deux éclaboussures de sang. | DC, sang. |
| 2. Deux espèces de sorcières, elles font le geste de taper ici (montre), elles ouvrent la bouche, elles ont du poil au menton, elles sont frémissantes de colère. Elles vibrent, elles tapent des pieds dans quelque chose. | GKH, scène narrative, les verbes expriment un mouvement rapide et continu, nombreuses définitions de mouvement. |
| 3. Un personnage joufflu est en train de parler, il est ramené à la réalité par les vitres, un mouvement de déception parce que c'est la bouche tombante. | DF(k) H, situation et attitude, expressivité. |
| 4. Une espèce de papillon de nuit. | GFA. |
| 5. Un poisson. | Dbl A. |
| 6. Un papillon de jour, il est rouge avec des taches noires, avec le corps rose, les ailes bien découpées, il remue les ailes. | DCFA, la vivacité du mouvement est perçue. |
| 7. L'homme à la guillotine, on voit son reflet de la tête découpée, les jambes aussi, j'ai l'impression qu'il y aurait des gens qui hurleraient probablement autour. | GF(k), scène, la force de perception est si intense que les autres sens s'y associent. |
| 8. De l'avion à réaction avec la fusée. | GFO. |
| 9. L'ensemble, un oiseau maléfique qui planait, qui conserve tout avec ses ailes. | GFA, interprétations différentes et multiples, expressivité. |

*Planche renversée*

| | |
|---|---|
| 10. Un chat qui fait le gros dos de chaque côté, les choses se reflètent, un chat énorme. | DFA, comme si l'image grandissait pendant la perception. |
| 11. Un petit lapin qui mange la carotte. | DF(C) A, situation. |
| 12. Un lièvre qui court, le chasseur le tue, l'a blessé à la patte. | DF(C), scène narrative. |

*Planche III*

| | |
|---|---|
| 1. Deux petits personnages ridicules qui se font des courbettes avec leur chapeau, ils sont en habit du soir, souliers à talons. | GKH, personnages expressifs, bien décrits. |

| | |
|---|---|
| 2. Ils me font penser à un tableau surréaliste avec de grands espaces, avec des objets qui se profilent. | Remarque technique. |
| 3. Deux personnages moyenâgeux, vieux, de rêve, ils tirent la langue, ils sont pieds nus, ils ont des capuchons de fous (rouge en haut). | DFH, l'expressivité des personnages un peu irréelle dans une attitude, précision de leur habillement. |
| *Planche renversée* | |
| 4. Deux oiseaux qui sont femme, les queues redressées, chacune a un petit socle. | DF, forme indéterminée. |
| 5. Un chien ou chat assis sur leur train arrière, tournant légèrement la tête en la penchant (rouge). | DFA, attitude. |
| 6. Deux dames qui portent un panier, elles sont en noir et gris, elles sont assez élégantes (mime ça). | GKH, nuances des couleurs : noir et gris. Expressivité : élégantes. |
| 7. Me fait penser à un relief de crabe, les restes d'un crabe qu'on a mangé. | Les restes. |
| 8. Les choses qui sont pendues dans le vide (rouge). | DF, généralité expressive. |
| *Planche IV* | |
| 1. Un chat avec des oreilles de chauve-souris, un poil assez long et fourni, il a des oreilles et des oreilles en bas qui se recourbent. | GFA, un ensemble de détails disparates unis dans une seule image. |
| 2. Une bête qui regarde, le regard d'une vache, elle a les yeux noirs. | DFA, regarde (yeux). |
| *Planche renversée* | |
| 3. Une bête étrange, elle vole, les ailes se retournent. | GFA, vision du mouvement. |
| 4. Le dos avec la colonne vertébrale, ici c'est fini par l'organe féminin. | DFA, ensemble assez hétéroclite. |
| 5. Toujours la bête avec les cornes, partout les poils. | DFA. |
| 6. Vibration des algues dans l'eau, mouvement de la bête, elle avance. | G clob, vivacité du mouvement qui se poursuit sur l'autre image. |

7. La matière m'a fait penser au chat, c'est plutôt un chat de conte de fées.

*Planche V*

1. Toujours l'oiseau, bête fantastique. GF, bête fantastique.

2. Une bête genre papillon. GFA.

3. Quelqu'un qui plonge avec un mouvement de cambrure. DF(k) H, caractère descriptif.

4. Une espèce de barre qui désigne les numéros gagnants à la loterie, qu'on fait tourner soi-même. DFO, jeu.

5. Une personne infirme, une jambe atrophiée, jambe de bois. DFH, expressivité.

6. Un lapin qui a crinoline ou qui a de longs bras qui l'empêchent de marcher ; il est debout sur ses pattes de derrière, il est de dos, il est très élégant, il a une collerette autour du cou comme des personnages de Henri II. GKA, scène richement garnie de détails surtout expressifs.

7. De profil, deux personnages comme Jérôme Bosch et l'air bestial, borné. DF, profil.

8. De l'autre côté aussi un profil idiot, le premier a le nez en forme de pied de mammouth, les cheveux très embrouillés, filasses, ternes, l'autre, les dents en avant, le menton fuyant, il a un chapeau, une espèce de chapeau de juge, maintenant il a une petite moustache comme Salvador Dali, il a des poils au menton, il ressemble à de Gaulle. DF(C), profil, description minutieuse et différenciée de leur expressivité, ressemblance dans le détail à des personnages actuels (tous les détails vus et dessinés).

9. L'ensemble, le diable qui prend les personnages par la tête et les amène, un diable qui fait très théâtre, c'est un acteur parce qu'il est enfermé dans une peau, on le voit par transparence. GK, être fantastique, scène au contenu théâtral.

10. Un lapin merveilleux qu'on trouve dans les contes. GFA, revient à l'image du lapin en le classant parmi les êtres fantastiques.

*Planche VI*

| | |
|---|---|
| 1. Encore une bête avec des moustaches, un grand cou, elle a quatre pattes, vue de dessus, la colonne vertébrale, il y a des choses qui accrochent. | GFA, réunion d'éléments divers. |
| *Planche renversée* | |
| 2. Deux personnages accolés (souvenir d'une lecture de 5-6 ans), qui font penser à Jérôme Bosch. | DFH, évocation de souvenirs d'enfance. |
| 3. Une sorte de canard sauvage encore engagé dans le canal, il a de la peine à sortir, il voit la lumière, là il fait sombre. | DF(C), scène, personnification du canard. |
| 4. La mer, l'île, le canal. | GF(C), géographie. |
| 5. Ici c'est un personnage fantastique, il a de longs cheveux qui tombent jusqu'aux pieds, encadrant le visage, les cheveux sont gris-blonds, grisonnants ; ils sont frisés. Il étend les bras dans un mouvement d'exhortation, il a comme un grand manteau, cela lui donne une allure très majestueuse, il est debout devant un cercueil où un corps est étendu, le corps est tenu en l'air par la puissance de cet homme. Il y a un corps lumineux, trait de lumière au milieu. | DF(k), scène féerique où le caractère du héros est bien déterminé et bien décrit ; action magique où un rôle important est attribué à la lumière. |
| 6. Au-dessus de la tête, un oiseau rayonnant qui symboliserait la force qui émane de l'homme, l'âme après la mort. | DFA, image symbolique. |
| 7. L'oiseau devient translucide, on voit son squelette. | L'image continue mais elle change de clarté et de nouveaux détails apparaissent. |
| 8. Une massue. | DFO. |

*Planche VII*

| | |
|---|---|
| 1. La carcasse vide d'un crabe. | GF, carcasse, forme dépourvue de vie. |

| | |
|---|---|
| 2. Quelque chose qui se balance, un berceau, un bateau, une coupe de bateaux, le siège, le dessous, le fond. | GFO, plusieurs interprétations successives d'objets en mouvement continu. |
| *Planche renversée* | |
| 3. Une espèce de crabe, je suis toute petite, il avance, tout va être caché par lui, je vais rester dans l'ombre. | GFA, image cinétique, scène avec la participation du sujet. |
| 4. Une espèce de grotte, un hall d'entrée, une cathédrale, je suis toute petite dedans, on a l'impression, de grandeur, d'immensité, la voix doit résonner. | Dbl, objet, plusieurs interprétations successives grandissant dans l'espace, sentiment puissant d'être dans l'espace avec participation du sens de l'ouïe. |
| 5. Une statue du Christ très moderne, qui donne l'impression de souffrance. | DF(C), expressivité. |
| 6. Ici l'Amérique. | DF, géographie. |
| 7. C'est un éléphant. | DFA. |
| 8. Ce chien qui aboie. | DFA, trois interprétations successives du même détail. |
| 9. L'impression d'encerclement avec possibilité de sortir. | Revient aux impressions précédentes. |
| 10. Le râble de lapin avec les cuisses. | DFO. |
| 11. Le corps d'une femme un peu caricatural comme Jérôme Bosch, un chignon gris comme à l'époque de Mme Bovary. | DFH, expressivité. |
| 12. Une tête d'insecte très grosse, translucide, comme un corps d'insecte radiographié. | GF (clob), radio, l'élément translucide se répète. |
| *Planche VIII* | |
| 1. Un tableau avec les taches de couleur. | GCFO. |
| 2. Une plante qu'on perche sur le bord d'un verre et qui a la forme d'un oiseau. | CFCO, réponse choisie et originale. |
| 3. Les couleurs font penser au piment. | DCFO. |
| 4. Maintenant c'est une bête genre lézard, caméléon, bête des images préhistoriques. | DFA, caméléon, variation de couleur. |
| 5. Des papillons accouplés (bleu rouge). | DF, accouplement. |

| | |
|---|---|
| 6. Les hannetons accouplés m'ont gênée quand j'étais gosse. | Evocation des souvenirs gênants de l'enfance. |
| 7. Des découpages. | Technique en rapport avec sa profession. |
| *Planche renversée* | |
| 8. Cette idée de proue, de sillage, du train, du bateau qui avance (souvenirs d'enfance, on glisse, on s'accroche ensemble, tout le groupe glisse). | D, perception de mouvement sans forme, avec évocation d'impressions d'enfance. |
| 9. L'insecte, une mante religieuse (j'ai toujours peur), elles ont une petite tête, un grand cou, un énorme abdomen. | DFC, exprime ses impressions. |
| 10. Des papillons (bleu-rouge). | DFCA. |
| 11. Bouche ouverte, la bouche a... | F, expression d'une attitude forcée. |
| *Planche IX* | |
| 1. Les couleurs me gênent de voir les choses. | Réponse, impression. |
| 2. Une espèce de crevette effrontée. | DFA, expressivité. |
| 3. Une espèce de personnage diabolique, il fait le polichinelle, il a une bosse, il crache quelque chose. | DFH, personnage scénique avec des attitudes diverses. |
| 4. Une espèce de nuage, les volcans, le feu au-dessous, la fusée gicle, s'élance. | DCF(k) O, mouvement très rapide et s'accélérant. |
| 5. Un personnage pendu par ses cheveux (milieu). | DFH, situation. |
| 6. Un tas de choses qui sont l'une sur l'autre. | GFO, agglomération de détails sans précision. |
| 7. La verge en érection flanquée de deux vases décoratifs avec des têtes de bonshommes et une barbe, le vase est très gonflé. | DF, réponse disparate et absurde qui réunit des détails différents par le mécanisme de voisinage. |
| 8. Un tournevis. | DFO. |
| 9. Un tas d'objets bric-à-brac. | GCFO, agglomération incohérente des détails. |
| *Planche renversée* | |
| 10. Une tête de bête avec des yeux ronds, brillants, | DF Ad, yeux, |

11. Deux personnages en Louis XIV avec une grande perruque blanche, un chapeau recouvert de plumes roses. Chacun porte un habit vert, il est obèse, marche avec difficulté, reste debout sur le dos d'un oiseau, avec un long jabot, fait penser à une chouette. Il s'appuie à la hampe d'un parasol.

DF, scène personnages historiques avec des habits de l'époque et avec des attitudes, réunion de détails disparates par le mécanisme de voisinage.

12. Là encore un personnage accroupi qui a peur de recevoir des coups, il est humble (vert).

DKH, expressivité.

13. Il y a un autre personnage, un petit Poucet qui vient de mettre les bottes de l'ogre.

DF, personnage de contes de fées.

14. Des visages partout.

*Planche X*

*Réponse :*

1. D'abord des couleurs, des taches bleues qui frappent.

GCF, taches, impression.

2. Bêtes du fond de la mer très symétriques.

DGFA.

3. Deux personnages qui tiennent une cheminée ou un vase entre leur tête, le vase découpé dans une photographie, les deux personnages ont la tête assez méchante, une tête de tortue, ils ont quelque chose des grands bourgeons qui sortent de la tête ; ils ont la tête accrochée par trois points au corps, ils ne reposent pas sur le sol, ils sont flottants, ils tiennent d'une main la bête bleue pour la jeter dessus, ils tiennent je ne sais quoi, sorte de soufflet, ici deux souris qui les grignotent, les souris sont soutenues par des fleurs jaunes, ils ont une patte, ils ont l'air de marcher sur le lion, qui a l'air d'être blessé.

Mécanisme de continuité : prenant comme point de départ un détail, s'étale progressivement et englobe toute la planche. Le lien entre le détail est assez superficiel. Les parties qui composent l'ensemble, hommes, animaux et objets très expressifs dans leurs attitudes réunies dans un genre d'anecdote.

4. Une espèce de limace qui se termine par des croix.

DFA.

5. Ici, ça se transforme en bulle de clocher russe.

DFO, changement successif de l'image.

| | |
|---|---|
| 6. Maintenant se transforme en bel animal, oiseau, un paon. | DFA. |
| 7. Tout est relié, bien qu'il n'y a pas de raison pour que ce soit relié. | Conscience du caractère de sa vision. |
| 8. Deux cerises. | DdFO. |
| 9. Le dessin me gêne, m'entête, trop de petits morceaux. | Impression. |
| 10. La tour Eiffel avec ses jardins, lac, etc..., vue de dessus. | GF, paysage. |
| 11. Ça me fait penser à un dessin d'enfant, un éventail, comme une construction qu'on a faite sans signification pour s'amuser à remplir une page. | Expression d'un contact superficiel avec les images vécues. |

### Analyse du test

Dans ce test, on retrouve les éléments caractéristiques du précédent, mais il présente en même temps différentes particularités. Nombre de réponses : 112. Ce chiffre n'indique pas le nombre réel de réponses, il est plus élevé. Grâce au mécanisme de contiguïté, de nombreux détails se réunissent et deviennent les éléments d'une réponse d'ensemble. La planche X est tout à fait démonstrative de ce mécanisme. Le nombre G est important : 27, mais le nombre D-83, pour la raison mentionnée ci-dessus, n'est pas une appréciation exacte. Le test est très riche ; on a l'impression que le pouvoir perceptif est encore plus accru que dans le premier cas. Pour suivre le déroulement du test, il est nécessaire que la malade testée nous aide en dessinant ce qu'elle voit. Les images changent rapidement, les interprétations du même détail se multiplient. L'acuité de la vision prend parfois de telles proportions qu'elle s'exprime aussi par les autres sens (pl. II, IV et VII). Ex. : « J'ai l'impression qu'il y aurait des gens qui hurleraient probablement autour. » Les réponses expressives jouent dans le test un rôle important et lui donnent l'empreinte dominante. La description du détail dans ces réponses est minutieuse et précise ; un petit détail ou une différence de couleur sont utilisés pour construire un personnage ou une situation réelle et vécue, mais autant mouvante et fugace. Les réponses K mériteraient une attention spéciale ; les K à rythme rapide sont nombreux. Dans la planche II, la malade exprime les mouvements par les verbes suivants : taper, frémir, vibrer, planer. Le mouvement est toujours rapide, continu, se répétant sans aboutissement en

quelque sorte. On a parfois l'impression qu'à l'origine des réponses K, *est la vision du mouvement et non les mouvements vécus.* Dans la planche II, en interprétant une tache comme papillon, le sujet ajoute : « il remue les ailes » ; il ne s'agit pas ici d'un K, mais d'une image animée. Dans la planche VII, l'ensemble, interprété comme crabe, commence à remuer, le crabe qui avance devient menaçant, et une petite scène se joue entre lui et la personne. Quelques instants plus tard, dans la même planche, une autre scène lui succède (cathédrale). Ces réponses, en quelque sorte cinétiques, s'apparentent aux kinesthésies scéniques ; les deux réunies présentent l'élément le plus intéressant. Les K scéniques dans notre test se distinguent par leur riche mise en scène, par la diversité des personnages appelés à y paraître et par la large gamme de sentiments qu'ils expriment. Dans la planche VI, la scène devient interprétation symbolique, où la lumière doit symboliser la force qui vient de l'homme après la mort.

Peu de réponses couleur : 8. Dbl : 3. F(C) et Clob : 8 ; leur rôle est important comme dans tout le test précédent.

Il faut encore souligner cette facilité à évoquer sous l'effet de la planche des souvenirs d'enfance et des événements de la vie. D'autre part, d'un bon nombre de réponses et surtout de réponses scéniques, se dégage une atmosphère de jeux ou de contes de fées. La malade elle-même résume le caractère de son test en disant :

« Tout est relié bien qu'il n'y ait pas de raison que ce soit relié. »
« Comme une construction qu'on a faite sans signification, pour « s'amuser à remplir la page. »

Observation III. — Mme O., artiste peintre (1), malade âgée de 68 ans, ne travaille jamais pour subvenir à ses besoins, n'a pas de métier. Père diplomate, faisant aussi de la peinture comme violon d'Ingres, a initié sa fille à cet art pour lequel elle a manifesté quelques capacités. La production de la malade a une certaine valeur artistique et a été exposée au Salon.

Les premiers accès maniaques ont commencé il y a 50 ans. Depuis, au fond, la malade n'était jamais tout à fait normale. A l'âge de 23 ans, les parents réussissent à la marier, mais après deux ans de vie conjugale, le mari quitte le foyer.

Pendant toute son existence, alternance de crises maniaques et d'états dépressifs. Pendant les accès maniaques, cherche des aventu-

(1) Je remercie le Docteur Tarrius, médecin-directeur de la maison de santé d'Epinay-sur-Seine, de l'obligeance avec laquelle il m'a permis d'examiner et de tester cette malade.

res et les déplore quand elle retombe dans un état dépressif. Pas de tentative, mais idées de suicide. Hospitalisée dans plusieurs maisons de santé où elle passe pratiquement sa vie. Depuis de longues années, en observation chez le Dr Tarrius, son état est stationnaire.

Le test a duré 3 heures.

*Planche I*

| | |
|---|---|
| 1. Qu'est-ce que c'est ? C'est une chauve-souris. | GFA, forme dialoguée. |
| 2. J'ai peur des chauves-souris, j'ai peur de tout. | Remarque, impression en rapport avec les événements de sa vie. |
| 3. Ce n'est pas un oiseau. | GFA, réponse sous forme de négation, les images varient, difficulté de trouver une forme qui lui conviendrait. |
| 4. Pas d'ours. | GFA, |
| 5. Ça a l'air d'un animal. | GFA, |
| 6. Ce n'est pas une tête de... | DFAd, |
| 7. Je ne suis pas très moderne. | DFAd, expressivité, les nuances de couleur semblent contribuer à la formation de la réponse. |
| 8. De l'autre côté, une tête de caniche. | DFH, |
| 9. A la rigueur, un corps de femme de l'ancien temps. | D GFO. |
| 10. Une feuille à la rigueur. | |
| *Planche renversée* | |
| 11. On dirait un animal quelconque. | GFA. |
| 12. Je ne fais que le portrait. | Mécontentement de ses réponses, digression sur sa vie. |
| 13. Une tête d'un bonhomme avec son nez. Une caricature. | DFHd, contours, expressivité. |
| 14. Je suis un idéaliste, je n'aime pas les caricatures. | Remarque, impression. |
| 15. Une jolie tête d'enfant, boucle des cheveux. | DF(C) HD, expressivité, jolie. |
| 16. Quelqu'un avec les mains tendues, quelqu'un qui tendrait les bras. | DKH, a vu la forme humaine auparavant (réponse n° 9), sans mouvement. |
| 17. Le triangle là, deux triangles. | Dbl, géométrie. |
| 18. Encore une petite tête d'un bonhomme. | DdF(C) Hd. |

*Planche II*

| | |
|---|---|
| 1. Deux bonshommes qui dansent en se donnant la main, le bonnet rouge, les jambes rouges. | GKH, les mouvements sont bien définis. Réaction au rouge en précisant les formes conditionnées par cette couleur, |

| | |
|---|---|
| 2. Deux têtes de chiens. | DFAd. |
| 3. Des animaux qui ont quelque chose de rouge sur le nez. | DFA, forme générale, mécanisme de contiguïté. |
| 4. Un corps de chien sans tête, pourtant il y a deux oreilles. Je ne vois plus. | DFAd, l'image est instable et oscille. |
| 5. Une drôle de tête, tête de Dante, le nez busqué, l'œil, le sourcil, menton qui avance, ce n'est pas la tête de Méphisto. | DF, Dante. Interprétation des contours, nombreux détails, expressivité du visage. |
| 6. Mon mari a eu un nez pareil. Il était sadique. | Digression en rapport avec un des éléments de sa vie. |
| *Planche renversée* | |
| 7. On dirait un roi avec une petite couronne. | DFHd. |
| 8. Je suis royaliste, pas moi plutôt ma famille, moi, je suis plutôt cyclothymique, je suis malheureuse de l'être. | Evocation des souvenirs par association, confession. |
| 9. Une tête, le nez fabuleux, l'œil, les cheveux. | DFHd, contour. |
| 10. Une tête d'enfant, les cheveux blonds, le petit nez court. | DF(C) Hd, expressivité, vivacité de l'image, cheveux blonds. |
| 11. Une autre tête, des têtes partout. | DF(C) Hd, homogénéité des images. |
| *Planche III* | |
| 1. Deux bonshommes, faux-col, les jambes et les pieds. Ils se penchent comme cela. (Se lève, et montre les mouvements des bonshommes). Genre de cirque. | GKH, précise des détails, imite, joue l'attitude des bonshommes, ensuite leur donne un genre. |
| 2. Nœud papillon rouge. | DFCA, trois interprétations successives du rouge. |
| 3. Un petit animal bizarre avec un cigare dans la bouche. | DFA, expressivité. |
| 4. Ou un animal qui se roulerait. | DKA, double interprétation du même détail. La K. animale vient en seconde interprétation. Rouler, mouvements rapides mais sur place. |
| *Planche renversée* | |
| 5. Tête de nègre, ils ont les membres disloqués, une main et les bras, il n'y a pas de jambes. | DFHd, mécanisme des contiguïtés, mais n'arrive pas à faire les liens. |

| | |
|---|---|
| 6. C'est carrément un bras avec une main. | DF, anatomie, double interprétation successive du même détail. |
| 7. Ou une branche d'arbre. | DFO. |
| 8. Une statue sur un socle. | DFO. |
| 9. Un animal avec un œil, un mouton quelconque. | DFA, expressivité. |
| 10. Les bonshommes maintenant maîtres d'hôtel, qu'est-ce qu'ils peuvent tenir. | GKH, une autre interprétation kinestique de même détail. |

*Planche IV*

| | |
|---|---|
| 1. C'est toujours un animal bizarre. | GFA, passage immédiat de la réponse générale à une particulière avec expressivité. |
| 2. C'est un chat, les moustaches, un animal silencieux. | GFA, |
| 3. Une tête de diable, deux yeux, des cornes, des bras qui sont comme cela. (Montre les mouvements). | DF(C), diable, forme fantastique. |
| 4. Deux petits animaux avec la queue pendante (la queue serpent). | DFA, ensemble rarement interprété. |
| 5. Un homme avec une barbe, de l'autre côté pareil. | DF(C) H. |

*Planche renversée*

| | |
|---|---|
| 6. Pas un Père Noël, l'œil est un peu trop bas. | DF(C), Père Noël, réponse sous forme négative, l'importance de l'œil. |
| 7. Une tête d'homme qui ferait l'équilibriste (très noire à l'intérieur du serpent). | DKH, forme rarement vue, équilibriste, mouvement rapide sur place. |
| 8. Une autre tête avec un bonnet normand. | DFHd, contours, expressivité. |
| 9. Une tête d'animal avec une gueule, toujours l'œil. | DFAd, l'œil. |
| 10. Partout des têtes. | DF(C), tête, homogénéité. |
| 11. Un homme qui a une bouche ouverte. | DFH, contour, expression. |
| 12. Ici un petit mouton, la douceur du mouton. | DFA, la douceur du mouton, l'adjectif se transforme en substantif, évoque un état d'âme de son existence. |
| 13. Je suis très douce, j'ai une âme d'esclave. | |
| 14. On dirait l'ogre avec des bottes de sept lieues et de tout petits bras. | GF, l'ogre, forme fantastique des contes de fées. |
| 15. Toujours la tête, l'œil. | |

*Planche V*

| | |
|---|---|
| 1. Toujours l'effet de chauve-souris, en famille nous avions toujours peur des chauves-souris. | GFA, remarque, impression, répétition. |
| 2. Encore une tête, le front avec quelques cheveux, nez de Daniel Gélin, une bouche, une moustache, je vois très bien la bouche. | DFHd, personnage du monde artistique, expressivité. |
| 3. Encore une tête, nez, sourcils, les cheveux se perdent dedans. | DF(C) Hd. |
| 4. Des cornes, ce n'est pas un lapin (mais la planche à une certaine distance), l'œil, une gueule ouverte, il tient quelque chose dans la gueule. | DFA, mécanisme de voisinage, attitude. |
| 5. Un renard argenté. | G Clob O. |
| 6. Un animal qui a une branche dans la gueule, il lève la patte, elle est un peu grosse. | Répétition de la même interprétation dans une autre partie de la planche en ajoutant un autre détail. |

*Panche VI*

| | |
|---|---|
| 1. C'est drôle, le milieu quelque chose entre l'homme et l'animal, cornes, moustaches, étend les bras, une barbe qui n'en finit pas. | DF(C), forme indéfinie. Un ensemble de détails doté d'un geste et d'une qualité expressive. |
| *Planche renversée* | |
| 2. Deux bonshommes qui tendent les bras qui ont une barbe. | DFH, continuation de la même image malgré la planche renversée. |
| 3. Toujours des têtes, Loucheur, le nez un peu retroussé. | DFHd, personnage politique du passé. |
| 4. Encore une tête de chien. | DFAd. |
| 5. Une autre tête. | DF(C) Hd. |
| 6. Une carte de France (bord externe), Finistère. | DF, géographie. |

*Planche VII*

| | |
|---|---|
| Très amusant. | Remarque, appréciation. |
| 1. Tête de bonne femme, pipelette, drôle de chignon, la poitrine est mal faite, la main est plutôt une patte, un peu 1900, taille très fine, elles ont l'air de danser. | GF(k) H, avant d'exprimer les mouvements, description détaillée du personnage avec ses caractéristiques, l'élément kinesthésique n'est ajouté que secondairement. |

*Planche renversée*

2. Une tête d'animal. DFAd.

3. Une belle queue d'angora. DFAd, queue d'angora.

Pourtant ce n'est pas un chat.

4. Un chien, museau, oreilles, l'œil. DFA, DFAD, } l'œil toujours souligné, l'élément F(C) joue un rôle dans l'image.

5. Encore une tête bizarre, œil, nez, gueule.

6. Un chat retourné, on voit un dos de chat. DFA, revient au chat de la réponse précédente, lui donne une attitude et l'intègre dans un souvenir de Colette.

7. C'est Colette qui aime les chats.

8. Une petite caricature, un nez comme les moujiks russes. DFHd, contour, expressivité.

9. Il peut y avoir deux danseuses, la taille très fine, le bras levé l'un sur la tête. GKH, la kinesthésie apparaît comme dernière interprétation de la planche avec description du personnage et du mouvement.

*Planche VIII*

1. On dirait des drapeaux. D FCO.

2. On dirait deux animaux, la queue, les pattes, la tête, des rats, des rongeurs. DFA, commence par le général et après l'énumération des détails, aboutit au particulier.

3. Deux animaux qui sont au pied des drapeaux, la fidélité des chiens. DFA, situation, mécanisme des contiguïtés, l'adjectif qualificatif exprimé par le substantif correspondant.

*Planche renversée*

4. Un joli papillon. DFCA, joli.

5. Le papillon noir de Schumann que je jouais quand j'étais jeune, quand j'approche de la dépression, je m'habille en noir. Association par la forme et la couleur en évoquant des souvenirs et des états d'âmes.

6. Ça pourrait être des animaux, très nettement une tête de chien (rouge). DFA, détails pas bien délimités, passage du général au particulier.

7. Un homme, un paysan avec un chapeau tyrolien dans le bleu. DF(C) H, expressivité.

8. Un animal au-dessus, il a la patte sur la tête de l'homme. Ensemble par voisinage.

9. Un autre homme qui a une barbe. DF(C) H.

| | |
|---|---|
| 10. Une autre tête de bonhomme toujours avec la barbe (dans le bleu). | DF(C) Hd. |
| 11. Un cerf pas très bien dessiné (gris), deux yeux, des dents, 3, 4, gueule ouverte, quelque chose qni entre dans la gueule. | DFA, ensemble hétéroclite utilisant le blanc comme couleur. |
| 12. Un autre homme, une barbe, un nez, une bouche, sourcils, il a l'air un peu diable. | DF, diable. |
| Parfois je me dis la vie est un songe, il me semble que je suis léthargique. | Au diable, forme pas réelle, associe l'idée de l'irréalité de la vie et de son sentiment d'être léthargique. |

*Planche IX*

| | |
|---|---|
| 1. Une tête bizarre, elle a quelque chose dans la bouche, l'oreille très en l'air. | DFA, idée, situation et attitude. |
| 2. Encore un animal toujours la patte levée, un peu informe. | DFA, attitude. |
| 3. Un homme de neige mais vert. | DFH, l'image déterminée par la forme malgré la couleur inhabituelle. |
| 4. Un homme, l'œil, il tire la langue, un collier, tout son corps (rouge). | DFH, l'image s'étale, expressivité. |
| 5. On dirait une tête de mort (milieu). | DF(C), tête de mort. |
| 6. Une autre tête dans le vert, trop de distance entre le nez et la bouche. | DF(C) Hd, précision de la vision. |
| 7. Il y a toujours des têtes. | Homogénéité. |
| 8. Une grosse bête assez forte (vert). | DFA, autre interprétation du même détail (réponse 3). |

*Planche X*

| | |
|---|---|
| 1. Qu'est-ce que ça peut être ? Les têtes (rouge périph.), les folies qu'on appelait autrefois. | DF Hd, contours, personnages théâtraux. |
| 2. Les animaux bizarres (bleu). | DFA. |
| 3. Des animaux, des cornes, pattes, queues devant un arbre. | DFA, situation. |
| 4. Deux animaux, genre Mickey du cinéma. | DFA. |

| | |
|---|---|
| 5. Ils ont l'air de tenir un autre animal par la patte. | L'union par voisinage. |
| 6. Ici, on dirait le diable, on lui cachait la figure, ce ne sont pas des serpents. | DFA, diable, jeu scénique. |
| 7. Toujours une tête, nez, barbe. | DdFHd, détails périphériques. |
| 8. Je parle avec vous, j'ai l'impression de rêve. | Expression répétée de son sentiment d'être. |
| 9. Une femme laide avec des cheveux. | DFH, expressivité. |
| *Planche renversée* | |
| 10. Les hommes qui se tendent la main, qui ont l'air d'escalader une montagne. | DKH, situation. |
| 11. Encore deux têtes qui ouvrent la gueule. | DFHd, répétition continuelle de la même attitude, gueule ouverte. |
| 12. Les chats (partie du rouge supérieur). | DFA, forme bien vue et bien dans la planche. (Dessine le chat avec de nombreux détails pour expliquer ce qu'elle voit dans la planche). |

## Analyse du test

Le test fut pratiqué à un moment où chez la malade se préparait un accès dépressif. Le nombre des réponses reste toujours élevé : 107 ; G-14 ; D-91 ; facilité de la vision. Elle est bien dans la planche ; la forme demande à être précisée pour qu'on puisse voir l'évolution du test. Plusieurs F sont exprimées sous une forme de négation et avec moins d'assurance. A côté des F habituelles, on distingue celles qui ont trait à l'expressivité. Ces réponses expressives, probablement sous l'effet dépressif, deviennent plus homogènes ; la malade voit de plus en plus de têtes avec leurs expressions. On retrouve le mécanisme par continuité. Accentuation du pouvoir perceptif, le même détail est interprété successivement plusieurs fois.

Les réponses K sont assez nombreuses : -8 ; mais la plupart sont les K secondaires. Le personnage est aperçu d'abord, l'élément kinesthésique n'est ajouté qu'ensuite, ou bien le mouvement est saisi d'abord et le personnage n'est défini que plus tard. L'élément scénique est moins développé, parfois associé à l'expressivité de l'image. L'expressivité prend quelquefois de telles formes qu'elle change le qualificatif en substantif (la douceur du mouton, la fidélité du chien).

Les F(C) sont très nombreuses : -14 ; il est impossible à dire à quel point elles participent à l'élaboration en général des autres réponses ; malgré l'homogénéité des réponses, l'accentuation du pouvoir perceptif persiste, le même détail est interprété plusieurs fois successivement. Les explications des personnes testées semblent prouver que justement le jeu et les nuances de couleurs aident à déterminer le caractère expressif des images. Une certaine préférence pour interpréter le contour de la tache et l'importance des nuances en couleur correspondent bien aux tendances de rester à la surface, qui caractérisent ce type de malade. Cela va de pair avec des digressions sur la vie personnelle en rapport avec des événements vécus, car il suffit d'une occasion pour les exprimer.

Comme dans les autres tests, les réponses couleur sont peu nombreuses : -3, et, en conséquence, ne présentent pas un élément essentiel du test.

Observation IV. — M. Z..., âgé de 26 ans, étudiant en philosophie. D'origine polonaise, commence son odyssée de guerre à l'âge de 14 ans : voyage clandestin en Russie, passage illégal de la frontière, prison pendant quelques années, retour à Varsovie, travaille dans la clandestinité, camp de concentration à Auschwitz, etc... Depuis 1946 en France, activité débordante, il passe son baccalauréat et fait ensuite des études de philologie. Capacités extraordinaires, très brillant, avec des possibilités de faire une carrière scientifique. Première crise de dépression avec idées de suicide au camp de concentration ; en avril 1951, à la suite d'un épuisement physique, devient de plus en plus découragé et dépressif ; dégoûté de la vie, croit s'être trompé en choisissant la philologie ; non seulement il pense que ses études ont perdu toute leur valeur, il commence même à les détester. Parle de ses études et de ses professeurs avec ironie et sarcasme, allant jusqu'à employer des expressions coprolaliques. Insomnie, noctambulisme, idées de suicide (en se jetant dans la Seine). C'est en plein état dépressif que le test a été pratiqué ; ce test étant extrêmement long, nous nous bornons à présenter seulement quelques planches à titre d'exemple.

*Planche II*

J'ai l'impression de voir peut-être des hommes primitifs en train de s'amuser. C'est peut-être une épreuve de force. Ils essayent de se culbuter, de se renverser l'un l'autre. Ils font ce geste-là en tout cas (joint les mains), et ils ont l'air de se faire la barbe un peu (mime). En tout cas, je ne perçois aucune... expression humaine dans leurs visages, plutôt la personnification de l'absurdité, plutôt d'un état

qui marque un manque de réflexion. Un visage amorphe en tout cas (tire une ligne au milieu de l'image).

Je me demande pourquoi il y a cette tache rouge en bas et pourquoi cette disproportion entre la tête et le corps. Est-ce parce que le corps a plus d'importance dans la vie que la tête ?

Est-ce que je dois dire tout ? Par exemple, je vois le rouge à travers les habits. Et ici (dans le rouge) une petite barbiche également, Pourquoi les têtes sont-elles découpées ? Peut-être pour faire réfléchir les gens, pour ne pas faire naître tout de suite cette idée d'homme ? Seulement quand je les regarde, j'ai l'impression de voir nettement deux hommes (s'approche de la planche). C'est-à-dire leur visage n'a pas exactement la même forme. L'un est arrondi, l'autre est plus droit, plus coupé. Ce n'est pas le même visage, non. Les hommes primitifs étaient déjà différents l'un de l'autre. Un petit point n'est pas à la même place. C'est délicat, mais différent.

Ici la barbiche est plus grosse. En dessous, là, sous le menton (mime), les petits poils qui sont différents. Et ici deux lignes rouges qui convergent et aboutissent à un point, alors que là il y a séparation.

La formation du crâne est différente. La boîte cranienne n'est pas la même, ici un peu enfoncée, et ici aussi, un petit peu, mais pas beaucoup, un petit soupçon. Enfin, on voit bien ce que n'est pas dessiné d'après un moule, il y a des nuances visibles, non au premier coup d'œil, mais après examen. Egalement là, une espèce de scie qui n'a pas les mêmes dents (en haut rouge sup.).

Et ici le rose qui atteint la nuque (à droite) et ici non. Il y a des différences (tend à bout de bras). Celui-là (à gauche) a le nez beaucoup plus gros. A l'intérieur, par contre (Dbl), il y a des écarts qui sont moins visibles qu'à l'extérieur. Je me demande si justement c'est parce que les hommes extérieurement paraissent différents et, au fin fond de leur être, sont plus ou moins semblables.

Si on me demandait la signification de cette tache rouge, en bas, je ne saurais la donner. (Tend à bout de bras. Geste d'ignorance). Pas compris, ou alors ce sont leurs extrémités qui se perdent de façon inexplicable.

Oh, la, la, c'est compliqué, ce n'est plus la même chose du tout, je m'en doutais un peu et déjà avant me posais la question de savoir ce que ça pourrait signifier de l'autre côté. (Prend toujours la planche en main, la tend à bout de bras. Il rit).

Ce que c'est drôle. Je me demande s'ils ne sont pas deux Pères Noël qui s'envolent vers le Ciel (rit). J'ai l'impression de voir deux têtes de vieillards. Et puis là des ailes, là leurs jambes naturelles (pinces) et là les jambes (rouge) qui leur ont servi pour traverser la terre. Des espèces de bottes de sept lieues. Celui-là (à dr.) me donne une impression d'un vieillard bonasse (tête). Bizarre, hein (il rit). Et ici peut-être leurs sacs où il reste des cadeaux pour les enfants qui

sont morts. Ils paraissent chargés d'années et de peines, et pourtant toujours vivaces. J'aperçois dans leur position et leur attitude, un élan, un fort élan. Ils ont l'air de se séparer avec peine, mais avec courage (rit). Oui... (reste songeur). Puis j'aperçois dans leur effort l'amour de l'espace et du large. On dirait même que c'est le vent qui s'emporte et même les emmène, puisqu'ils ont même l'air de se laisser faire comme une chose. De quoi puis-je vous parler encore ? De tout ce que vous voulez (il rit).

On peut en parler encore, mais j'ai un peu l'impression de me laisser aller au gré d'une fantaisie dont je ne suis peut-être pas digne, puisque j'aperçois nettement quelque chose de mystérieux.

La tache rouge (supérieur) est peut-être une auréole qui paraît leur tête, puisque, pour impressionner les humains, il faut bien quelque chose d'éclatant, quelle qu'en soit la couleur.

*Planche IV*

Ici je vois encore une bête. Il n'y a rien à faire. Ici les yeux. Mais une bête moins méchante. On dirait une vache.

Mais je serai bref, ça me suggère pas mal de choses. Elle a l'air de dire avec ses yeux, de nous conter sa peine. Elle a l'air de nous dire : ce que je suis laide, malheureuse, je ne voulais pas devenir telle que je suis. Elle a l'air de se plaindre, je n'aperçois rien de méchant dans son regard.

C'est peut-être une bête préhistorique. Evidemment, les deux parties ne sont pas égales en ce qui concerne le contour. Ici cette partie est plus inclinée que l'autre, presque insensiblement. Les nuances des couleurs ne sont pas les mêmes, ni ici (dans les bottes), par exemple la partie la plus foncée sur celle qui l'est moins, elle est plus aiguë, nettement inclinée vers le bas.

En plus, on pourrait croire qu'il y a deux animaux ici vus d'en haut. En bas, c'est un animal, par exemple, une vache planétaire quelconque (il rit) attaquée par une autre bête, une bête rapace. Là, on dirait les tentacules ici qui sucent le sang de la vache (aspérités). Enfin, c'est une vache comme moi je suis papillon, sauf peut-être la tête malgré tout. Enfin, c'est une caricature. De toute façon c'est un être livré à la destruction et implorant la pitié.

En ce qui concerne l'autre bête, on n'aperçoit qu'une masse difforme. C'est parce que là encore, c'est le symbole de l'anéantissement, puisque, au fond, la destruction, d'où qu'elle vienne et quelle qu'en soit la cause..., a toujours le même visage.

D'une part ici (en haut), dans ce dessin bien net, on a le sentiment, même la sensation de la force victorieuse, d'une mauvaise force victorieuse et ici un appel désespéré à la pitié, qui se sait infructueux.

Ici, les petits points (microbes) très énigmatiques, dont je cherche en vain l'explication. Ce ne sont pas des larmes, ou alors des larmes comme on n'en voit plus, en tout cas pas très perlées.

Je me demande pourquoi il y a cette perspective d'en haut, et je crois qu'il y a deux raisons. D'abord, sur celui qui regarde l'image, ça fait l'impression d'un plongeon dans le vide. Ça c'est l'impression du spectateur. La bête prise dans cette position a plus de..., paraît plus hallucinante dans son appel au secours. Puisque dans la chute il y a le mouvement vers en bas qui est plus accentué et pour la bête victorieuse il y a le mouvement d'en haut et l'écrasement devient d'autant plus visible. (Il s'arrête pour prendre la planche dans l'autre sens).

Ici, c'est encore plus accentué. On ne dirait plus une vache, mais une bête à l'agonie avec les yeux presque éraillés. Il voit, moi j'ai l'air, non pas moi, mais enfin, il voit le passage de la vie qui s'éteint et la mort qui commence à régner. L'autre bête n'a plus grande importance. Elle est tout à fait symbolique. Je pourrais parler des détails, il y a des tas de nuances qui n'ont pas grande importance, mais la synthèse c'est bien celle-là.

## Analyse du test de M. Z...

C'est un test unique, étendu sur 27 pages dactylographiées. Selon l'expression du malade, qui sent son esprit en tension, il s'absorbe ; les idées sont pour lui très suggestives parce qu'elles reflètent son état d'âme et le fond de l'être. Il est impossible d'analyser le test d'une façon systématique et détaillée, à lui seul il aurait demandé une brochure. Bornons-nous à quelques remarques générales.

Le nombre de réponses F est relativement bas, en rapport avec une richesse extraordinaire, une vraie avalanche de réponses qui ont trait à l'expressivité. Dans la planche II, par exemple, le sujet ne donne que deux interprétations kinesthésiques ; deux hommes primitifs en train de s'amuser, et, à l'envers, des Pères Noël qui s'envolent vers le ciel. Mais, autour de ces deux réponses, toujours en rapport avec la planche, prenant prétexte d'une nuance ou d'un détail quelconque qu'il considère comme symbole ou comme allusion, il fait une sorte d'analyse psychologique de ces personnages, leur fait exprimer différentes vérités psychologiques ; ils deviennent le porte-parole de différentes conceptions du monde. En somme, il finit par broder tout un roman (un roman qui correspond à son état d'âme). Cette façon d'agir se répète plus ou moins dans toutes les planches. Dans la planche IV, l'image de deux bêtes, l'une attaquée par l'autre, donne occasion à des réflexions sur le thème : brutalité du vainqueur et désespoir de la victime. Dans les planches I et III, le sujet donne un certain nombre de réponses qu'on arrive à classer, mais, à partir de la plan-

che V, il devient, comme on dit, obsédé par l'acuité de la vue (« c'est comme si je croyais que la création commence bien par la vue et ce sont les yeux qui déterminent dans mon esprit la réalité »). Les têtes, les yeux défilent tout le long de la planche, et le malade y voit toute une gamme d'expressions, de sentiments, de jeux psychologiques et d'états d'âme. Les kinesthésies, comme dans les tests précédents, dépeignent des scènes ou de longues actions ; le personnage devient l'artiste, joue son rôle. Souvent, le mouvement est aperçu avant que la forme soit définie, par exemple l'impression d'apercevoir la même chose en position d'attaque..., un scorpion, un animal venimeux. Le mécanisme de contiguïté apparaît, malgré le ruissellement des réponses expressives, par exemple dans la planche VIII : « Je me demande pourquoi les ours semblent appuyer leurs pattes sur la chèvre, ou bien c'est la chèvre qui regarde l'ours en se demandant où tombe-t-il ? »

Pris en pleine période dépressive, le test a pour thème : tous les malheurs, les désespoirs, les déceptions, la faiblesse du bien, et la puissance du mal, et maints souvenirs et événements de la vie du malade trouvent ainsi la possibilité de s'exprimer.

## Conclusions

L'une des difficultés pour trouver la structure de Rorschach de cette catégorie résidait dans la nécessité de s'adresser à des sujets atteints de manie ou d'hypomanie relativement pures. Dans la quantité de tests relevés, nous nous sommes adressé uniquement à des sujets de cet ordre.

En conséquence de l'excitation et de la fuite des idées, les tests sont extrêmement riches et difficiles à enregistrer ; l'un d'eux a demandé jusqu'à huit heures en deux séances.

Nous cherchons à dégager de cette multitude de réponses les traits qui nous paraissent caractéristiques et qui, en même temps, permettent d'établir une différenciation avec les mécanismes essentiels des séries schizo-rationnelle et épilepto-sensorielle.

*a*) Les réponses se succèdent avec une très grande rapidité et sans aucun obstacle. Pourtant, un lien entre elles peut parfois être établi ; les réponses se font selon des facteurs de contiguïté et de voisinage. On pourrait même, à première vue, incriminer le mécanisme du lien ; pourtant, à y regarder de plus près, il s'agit plutôt du besoin de s'étaler sur toute la planche ; les rapports restent assez superficiels, comme c'est le cas dans la fuite des idées, de sorte que le tout défile avec rapidité devant les yeux et diffère par

là de l'ensemble que nous trouvons dans la série épilepto-sensorielle, laquelle est beaucoup moins mobile et s'arrête souvent à deux ou trois parties de la planche.

*b*) Les réponses de forme dominent tous les tests et elles sont si étendues qu'elles englobent indistinctement réponses globales, grands détails et petits détails, sans qu'on ait même à les différencier de ce point de vue. Les images sont très abondantes, semblent témoigner, par la façon dont elles se construisent, d'une certaine acuité du pouvoir perceptif.

*c*) Les réponses restent en contact avec la planche et, en ce sens, elles sont concrètes, bien qu'il soit difficile de distinguer les formes vues sans indications de la part du sujet testé ; celui-ci, à cause de la mobilité des réponses, ne se fixe pourtant pas à des détails concrets, de sorte qu'il en résulte une assez grande marge dans la précision de la vision. La vision est fugace.

*d*) Trait particulièrement caractéristique : les réponses sont polarisées sur la relation d'expression, et cette expressivité dans les réponses se retrouve non seulement là où il y a des formes humaines, mais lorsqu'il s'agit d'objets ; ceux-ci sont accompagnés souvent de qualificatifs de nature à évoquer un climat.

*e*) Les kinesthésies, très nombreuses, donnent souvent à l'ensemble des réponses un caractère scénique, ce qui les distingue des kinesthésies habituelles et leur donne un caractère secondaire.

*f*) Le rythme des réponses kinesthésiques varie, mais on est frappé par le nombre important des verbes qui expriment un mouvement rapide, mais saccadé, se répétant en un va-et-vient, et sans aboutir.

*g*) Les réponses F prennent parfois un caractère cinétique et se rapprochent de ce fait des kinesthésies scéniques.

*h*) Dans les états dépressifs, on constate un accroissement des réponses d'expressivité, qui peut prendre des proportions considérables et qui va de pair avec une homogénéité des formes et avec un appauvrissement des pouvoirs perceptifs.

*i*) Les réponses suivent souvent les contours extérieurs de la planche, de même que la différence des nuances et des couleurs. Cette différence de nuance et de couleur semble être à la base de la formation des réponses expressives.

*j*) On constate une évocation facile des événements de la vie personnelle, souvent en connexion étroite avec le climat de la planche.

*k*) Les réponses couleurs dans ce test ne jouent pas de rôle important.

Notre exposé s'écarte de la classification de Rorschach en ce qui concerne les types. Nous adoptons la classification clinique (Kretschmer et Minkowska).

Pour ce qui est du type coarté, il semble s'agir avant tout de réactions de blocage, d'inhibition, de rétrécissement, telles qu'elles peuvent se produire sous l'influence de conditions extérieures ou intérieures défavorables et telles que nous les connaissons en clinique. Comme toutes réactions, ces manifestations peuvent se superposer au type de fond, sans en modifier le caractère ; elles sont de nature plus ou moins passagère. La notion de dilatation, par contre, est bien plus difficile à préciser, comme tout ce qui est facteur positif de l'existence ; elle peut aussi bien viser la facilité d'expression de nature superficielle, telle qu'elle est créée, par exemple, par l'hypomanie, comme elle peut avoir trait également à l'épanouissement de la personnalité, où elle aura un sens beaucoup plus profond.

Cela dit, il n'en reste pas moins vrai que Rorschach, grâce à son sens clinique et à son intuition, tout en se servant d'un langage un peu différent, et tout en ayant recours à des notions qui de nos jours semblent exiger une révision, a relevé dans ses tests des particularités qui se rapprochent singulièrement de celles que nous avons essayé de mettre en évidence.

Nous ne citons à ce propos que quelques exemples.

Parmi les tests présentés dans le « Psychodiagnostic », on trouve un protocole d'un sujet à variations hypomaniaques de l'humeur (page 144), un autre d'une personne douée d'imagination (page 149) ; le premier donne des réponses kinesthésiques qui ne se distinguent pas à première vue d'autres K vraies. Citons-en quelques-unes :

*Planche I.* — Deux guerriers en armure qui luttent l'un contre l'autre.

*Planche III.* — Deux scribes qui concertent quelque chose.

Pourtant, Rorschach remarque dans les commentaires que ces kinesthésies ont quelque chose de secondaire ; au cours de l'épreuve, dit-il, le sujet a mimé d'abord les mouvements avec vivacité et n'a défini assez souvent les personnages qu'ensuite ; en outre, les mouvements ne sont pas saisis aussi nettement que dans les exemples des sujets normaux.

Il classe le deuxième test dans une rubrique spéciale, « type doué d'imagination », bien qu'il ait lutté contre l'idée que l'épreuve soit un test d'imagination. La probité et le sens clinique l'ont poussé à établir un groupe de tests sous le titre mentionné, ayant trouvé ces tests différents des autres, et incapable de fournir des explications sur leur nature.

Prenons encore un exemple :

*Planche III.* — Des prétendants évincés se rencontrent avec des bouquets.

*Planche VIII.* — Un trésor enterré, la racine de l'arbre sous laquelle est enterré le trésor, les animaux gardent le trésor.

Dans les commentaires, le clinicien Rorschach ne manque pas d'ajouter quelques mots d'observation sur cette personne en disant : « Dans les variations d'humeur qui se présentaient de temps à autre, les moments combinatoires deviennent trop puissants, ils se condensent dans des pressentiments et dans des phénomènes analogues. »

Actuellement, il nous semble certain que la ressemblance entre les deux tests que nous venons d'étudier est due au même élément maniaque qui leur est commun.

Trente ans après la mort de Rorschach, après trente ans d'évolution de la psychopathologie depuis l'apparition du « Psychodiagnostic », en lisant et relisant cette œuvre, on est obligé de s'incliner devant le génie clinique et devant les plans gigantesques que l'auteur s'est proposé de réaliser par son test. Celui-ci, avec les modifications que Mme Minkowska y a introduites, reste et restera pour longtemps un outil capital des recherches dans le domaine des maladies mentales, domaine si complexe et si fondamental pour la connaissance de l'être humain.

# SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du lundi 8 juin 1953*

**Présidence : M. D. SANTENOISE, président**

## PRÉSENTATIONS

### A propos des azotémies dites extra-rénales au cours des affections neuro-mentales aiguës, par M. L. Marchand.

Quand en 1929, avec la collaboration de Toulouse et de Schiff, paraissait notre premier travail sur les encéphalites psychosiques, notre but était de démontrer que des psychoses aiguës paraissant essentielles étaient des maladies organiques, et qu'au syndrome clinique devait s'associer un syndrome biologique.

Les recherches entreprises ensuite avec Toulouse et Courtois sur les troubles biologiques du délire aigu aboutirent à la démonstration qu'il s'agissait d'une encéphalite psychosique aiguë azotémique. Courtois, en s'appuyant sur les examens anatomo-pathologiques des reins que l'un de nous pratiquait dans tous les cas de délire aigu et qui démontraient que ces organes ne présentaient pas de lésions importantes, concluait que la rétention uréique constante dans cette forme d'encéphalite aiguë pouvait atteindre des taux considérables et qu'il s'agissait d'une azotémie extra-rénale.

L''augmentation de l'urée sanguine avait déjà été observée dans des formes graves de pneumonie, de fièvre typhoïde, de grippe, au cours des maladies infectieuses des nourrissons. Dumolard, Rochelongue et Regnard, Targowla et Mlle Badonnel dans des états de confusion mentale, Boutier et Mestrezat dans l'état de mal épileptique, Fribourg-Blanc et Jude, Porot, dans les délires aigus alcooliques, avaient décelé l'hyperazotémie. A la suite de nos travaux, il

est devenu rapidement classique de rechercher le taux de l'urée sanguine au cours des syndromes neuro-psychiatriques aigus, et on les trouve souvent élevés sans autres signes d'affections rénales aiguës ou chroniques. On constata l'hyperazotémie dans le délirium tremens, l'encéphalite épidémique, dans la paralysie générale aiguë, dans la méningo-encéphalite hémorragique, dans le délire aigu épileptique, dans la psychose aiguë de Korsakoff, dans l'éclampsie gravidique, dans le tétanos, dans les formes ataxo-adynamiques des maladies infectieuses, entre autres de la fièvre typhoïde, du typhus, de la diphtérie, au cours des comas, qu'il s'agisse d'hémorragie cérébrale ou de ramollissement.

D'après nos constatations et les nombreux travaux qui les ont confirmées, il ressort que l'hyperazotémie, qui s'accompagne d'uréorachie, est un élément important de pronostic sévère. Elle n'est pas la cause primitive des troubles mentaux ; elle n'est qu'un témoin de l'état morbide. Quand, à la période terminale des encéphalites psychosiques, elle atteint un taux élevé, on a pu admettre qu'elle est responsable de la somnolence, de la diarrhée, des vomissements, de l'hypothermie constatée parfois, simulant l'urémie délirante.

Dans les cas suraigus, l'azotémie progresse jusqu'au décès et elle peut atteindre des taux très élevés allant jusqu'à 8 grammes. Dans les cas graves qui se terminent par la guérison, elle diminue rapidement pour reprendre un taux normal. C'est là une démonstration clinique qui s'accorde avec l'intégrité relative des reins constatée histologiquement dans les cas mortels.

Ainsi, à côté des azotémies rénales qui sont dues à la diminution du pouvoir des reins lésés de faire passer dans l'urine de grandes quantités d'urée, il existe donc des azotémies que l'on a appelées extra-rénales.

Actuellement, on discute encore sur leur pathogénie, qui se résume en ces deux propositions.

1° L'azotémie est due à une formation exagérée d'urée endogène dans l'organisme ; elle est en rapport avec une destruction tissulaire rapide et importante.

2° Elle est due à une diminution de la quantité d'eau dont disposent les reins pour élaborer l'urine ; elle est un signe de carence aqueuse.

Il est une constatation clinique importante qui ressort des nombreux travaux qui ont été publiés depuis nos observations princeps, c'est que l'hyperazotémie ne s'accompagne d'aucun syndrome urinaire. Quoiqu'il ne soit pas interdit à un sujet au cours d'une néphrite aiguë d'être atteint de délire aigu, ces cas sont exceptionnels. Dans les observations d'azotémie extra-rénale, on n'observe pas les grands symptômes de l'urémie, qui sont symptomatiques d'une insuffisance de l'épuration urinaire due à des lésions primitives du rein ; on ne

note ni céphalée violente, ni œdèmes, ni hypertension artérielle, ni hématurie, ni attaques convulsives, ni vomissements incoercibles, ni rythme de Cheyne-Stokes. L'albuminurie quand elle existe est peu importante ; les urines ne renferment pas de cylindres et leur teneur en urée est voisine de la normale. Ce sont là, avec les constatations anatomo-pathologiques d'un état normal des reins, les meilleurs arguments en faveur de l'existence des azotémies extra-rénales.

Quant aux hypothèses pathogéniques, elles sont diverses, et il est probable que chacune d'elles répond à des cas particuliers.

Il est certain que, dans de nombreux cas, l'hyperazotémie est due à la fois à la déshydratation de l'organisme par restriction des liquides ingérés et à une production exagérée d'azote excrémentielle par destruction excessive et rapide des protéines. Dans les encéphalites psychosiques aiguës, on peut admettre qu'elle est commandée par les lésions inflammatoires cérébrales et en particulier par les altérations cellulaires des centres végétatifs de la base du cerveau, qui entraînent des troubles de la trophicité générale. On a ainsi supposé que l'hyperproduction d'azote était secondaire à la cytolyse des éléments cérébraux, qui est toujours accusée, ainsi qu'à la désintégration de la substance nerveuse elle-même. De plus, l'hydrophobie, si habituelle au cours des délires aigus, contribue à la carence aqueuse de l'organisme.

Mais cette interprétation ne peut s'appliquer à tous les cas. Aussi, certains auteurs invoquent-ils une origine hépatique ; cette hypothèse tient compte des lésions du foie qui, surtout dans les formes aiguës d'encéphalite alcoolique, consistent en une dégénérescence graisseuse et même parfois en une nécrose des cellules hépatiques.

Une autre opinion est celle qui, tout en admettant une désassimilation azotée excessive, fait intervenir aussi un facteur rénal se traduisant par l'oligurie et par l'incapacité des reins d'éliminer les déchets azotés, devenus trop abondants. Pour les uns, le trouble des reins serait seulement fonctionnel ; il s'agirait d'une simple défaillance de la fonction rénale, explication qui nous semble en contradiction avec une rétention azotée aussi grave. Pour d'autres, il serait en rapport avec une néphropathie méconnue qui, opinion discutable, serait indécelable même à l'examen anatomo-pathologique. Enfin, une dernière hypothèse, il se développerait au cours des encéphalites aiguës une néphrite épithéliale secondaire à l'atteinte nerveuse et celle-ci interviendrait dans l'hyperazotémie. La tuméfaction trouble de l'épithélium des tubes urinifères, constatée si souvent, ne semble pas pouvoir être incriminée car cette altération s'observe fréquemment chez les sujets qui n'ont pas présenté la moindre augmentation du taux de leur urée sanguine.

Ce rapide exposé de l'hyperazotémie au cours des affections mentales aiguës montre, comme c'est la règle dans toutes les recherches biologiques, la complexité du problème, qui est soulevé à propos de

chaque cas. Actuellement encore, malgré le nombre élevé des travaux sur cette question, il reste bien des points à élucider concernant les hyperazotémies dites extra-rénales. La seule considération importante sur laquelle on semble d'accord en ce moment est la suivante : Contrairement à ce que l'on note dans l'urémie délirante, l'hyperazotémie dite extra-rénale est un témoin de la gravité des lésions nerveuses et non leur cause.

Discussion

M. B. Logre. — Etant médecin-chef au centre neuro-psychiatrique d'Epernay, pendant la guerre 1914-1918, j'ai eu l'occasion d'étudier, avec mes collègues Bouttier et Mestrezat, un grand nombre d'états commotionnels. Or, nous avons constaté, dans certains états commotionnels très graves, terminés en quelques jours par la mort, qu'il existait dans le sang une élévation parfois massive du taux de l'urée. Nous avons attribué, en raison de l'étiologie traumatique et en l'absence habituelle de complication infectieuse, une origine cérébrale à ces urémies, que nous disions « neurogènes » et qu'on aurait pu aussi bien dénommer « extra-rénales ». On notait, d'ailleurs, des troubles mentaux, avec agitation incohérente, qui rappelaient, dans une certaine mesure, le tableau clinique du délire aigu. Et nous insistions sur l'accompagnement habituel de ces urémies, d'origine nerveuse centrale : troubles profonds de la température (hyper ou hypothermie), de la tension artérielle (hypotension), chiffres aberrants de la chlorurémie et de la glycémie, amaigrissement rapide, etc. Bref, une *faillite généralisée des grandes régulations organiques*, un désaxement de la plupart des « constantes », qui assurent le fonctionnement normal de la vie.

A l'autre bout de l'échelle de gravité, on peut voir, non plus des faillites généralisées des régulations organiques, mais de simples déséquilibres de ces régulations. On observe, notamment chez les femmes, à la période ménopausique ou post-ménopausique, des chiffres trop élevés de l'urée dans le sang (60 centigrammes par exemple) et des élévations anormales de la tension artérielle (18 par exemple au Vaquez). Il s'agit de sujets émotifs, d'ordinaire hautement sympathicotoniques. C'est ce que j'ai appelé les *faux cardio-rénaux :* une consultation médicale pessimiste et inconsidérée peut les affoler, en aggravant leur état, lorsqu'on ne sait pas faire la part de l'organique et du nerveux fonctionnel. Une médication très simple (psychothérapie rassurante, passiflore, anémone, crateogus, gardénalisation réfractée, etc.) suffit, le plus souvent, à guérir ces dérèglements bénins de la constante, soit uréique, soit tensionnelle, ou des deux réunies.

M. Paul Abély. — Il m'a été donné de rencontrer souvent cette hyperazotémie transitoire dans les psychoses puerpérales, dont je m'occupe tout spécialement. Cette hyperazotémie ne s'accompagnait le plus souvent d'aucun symptôme d'infection, survenait même parfois sans hyperthermie.

Elle semblait surtout liée à des troubles des centres neuro-végétatifs supérieurs et à des perturbations post-puerpérales du complexe hypophyso-hypothalamus portant en particulier sur le métabolisme de l'eau avec déshydratation cellulaire et extra-cellulaire (ces symptômes ont été tout récemment minutieusement étudiés et présentés à notre Société par MM. Deniker et Fourment).

La réhydratation rapide par le sérum physiologique intraveineux fait rapidement disparaître cette hyperazotémie transitoire.

M. M. Leconte. — Si la chose était encore nécessaire, nous confirmerions à notre tour l'intérêt et la réalité des vues de M. Marchand sur l'azotémie

des encéphalites psychosiques qu'il a décrites avec notre maître Toulouse et M. Courtois.

Ce qu'il a dit de la valeur pronostique de l'azotémie est si vrai que nous faisions depuis des années pratiquer presque quotidiennement le dosage d'urée et ces états jusqu'au retour à la normale de l'azotémie tout en administrant la sérothérapie à haute dose comme nous l'avions tout particulièrement vu faire et fort précocement dans le service du professeur Hyvert, auquel nous avions succédé pendant cinq mois à Amiens.

Il semble que la sérothérapie précoce ne permette plus d'observer des chiffres d'urée aussi élevés que cite M. Marchand et que le pronostic fatal des délires aigus soit à réviser grâce à la thérapeutique médicale bien conduite.

On peut voir quelquefois quand l'azotémie a par hasard été recherchée dans un hôpital non spécialisé avant l'internement, que le taux d'urée s'est élevé jusqu'à l'internement et n'a pas tardé à redescendre dès le début de la thérapeutique qu'il faut suivre tant qu'il est élevé et doit être reprise s'il s'élève à nouveau.

## Hibernation dans les psychoses hyperthermiques, par MM. M. Riser, J. Laboucarié et P. Barrès.

L'action des ganglioplégiques proposée au cours de ces derniers mois dans le traitement de divers états mentaux comme dans le traitement de certains grands dérèglements d'origine centrale, méritait d'être tentée dans les psychoses hyperthermiques. En effet, au cours de l'année 1952, divers auteurs ont publié ici même les résultats heureux de l'hibernation dans divers syndromes mentaux : c'est d'abord Hamon, Paraire et Velluz dans les états anxieux, Delay, Deniker et collaborateurs dans les états d'agitation et dans les confusions mentales, P. Abély et collaborateurs qui soulignent l'heureuse association du 4560 R.P. et de l'électro-choc, c'est enfin Chatagnon et Chanoit qui rapportent sur 41 malades une majorité de bons résultats obtenus par la « psychoplégie transitoire ». Mais, si comme vient de le confirmer la récente communication de M. Scherrer et collaborateurs, on devait escompter de bons résultats dans le délire aigu où l'hibernation avait paru présenter *à priori* un grand intérêt à M. Guiraud et M. Golse ; dans le délirium tremens, au contraire, l'emploi des potentialisateurs paraissait presque contre-indiqué en raison de l'exaltation probable de l'agent toxique.

Nous avons ailleurs (1) passé en revue les applications thérapeutiques récentes dans les psychoses hyperthermiques ; nous rapportons spécialement ici les premiers résultats thérapeutiques de l'hibernation dans le délire aigu primitif ou secondaire, dans les délirium tremens et dans quelques cas de psychoses hyperthermiques moins typiques.

(1) In *Sud medical et chirurgical*, n° 2.373, juin 1953.

Dans un premier groupe de cas (observations 1, 2 et 5), nous avons utilisé l'hibernation classique, de Laborit, telle que Lazorthes et Campan l'appliquent en chirurgie cérébrale. Elle consiste à endormir au préalable le malade par une injection intra-veineuse de dolosal (0,100), phénergan (0,050) et atropine (1/2 mgr.), à bloquer le système nerveux végétatif par injections, une heure après, dans une perfusion intra-veineuse de sérum du cocktail lytique suivant : diparcol (0,250) ou phénergan (0,100), novocaïne à 10 % (1 gr.), 4560 R.P. (0,050) répété quelques heures plus tard ; à réfrigérer enfin le malade par un nombre variable de vessies de glace, suivant le degré de l'hypothermie recherchée, initialement autour de 34°-35°. Cette hibernation est maintenue pendant trois ou quatre jours par des perfusions de ganglioplégiques et d'anti-histaminiques, à la demande, associés aux barbituriques, le liquide de perfusion étant constitué par du sérum glucosé isotonique pour une quantité moyenne de deux litres par 24 heures.

Dans les autres cas, nous avons cherché à réaliser une hibernation, et surtout une réfrigération moins profonde, en évitant les injections médicamenteuses massives, et en étalant les doses, soit par 24 heures, 0,100 de 4560 R.P., 1,50 à 2 gr. de novocaïne, 0,20 de phénergan ; le tout en perfusion continue intra-veineuse ou, technique qui nous paraît comporter de très grands avantages, en perfusion intra-musculaire avec hyaluronidase, associée à une barbiturisation légère. La glace est appliquée modérément et par intermittence afin de n'obtenir qu'une hypothermie relative, le plus souvent légèrement en dessous de 37°.

Nos observations comportent deux cas de délires aigus classiques, quatre cas de délirium tremens confirmés, et une série de cas moins typiques, où une hibernation très brève a paru enrayer les grands dérèglements neuro-végétatifs à leur début.

### 1) Délires aigus

Observation 1. — Nous avons d'abord enregistré un échec dans le cas d'une femme de 51 ans (Mme B...), qui présentait à l'arrivée un état maniaque fébrile à 38°-39°, traité pendant les 10 premiers jours par électro-chocs et antibiotiques. Au 12e jour, éclate un syndrome de délire aigu, avec hyperthermie à 41°, agitation extrême déshydratation importante, urée à 0,40. Du 12e au 14e jour, stabilisation de la température à 39°-40° par perfusion de sérum glucosé isotonique, novocaïne et auréomycine. Après ces deux jours, hibernation (suivant la première technique) avec hypothermie moyenne à 33° et chute momentanée à 29°. Le 4e jour de l'hibernation, la malade meurt après avoir présenté un état bronchoplégique.

Observation 2. — Dans un second cas, chez une femme de 37 ans, Mme R..., qui présentait, au décours d'une mélancolie traitée par une série d'électrochocs un syndrome de délire aigu typique avec agitation extrême, hyperthermie à 40°, altération grave de l'état général, azotémie à 0,70, l'hiber-

nation, appliquée le premier jour de l'hyperthermie, détermine dans les premières heures une chute de la température à 34°. Cette hibernation, maintenue six jours d'une manière intermittente, et dont l'interruption à deux reprises fut immédiatement suivie de clochers thermiques à 39° (chaque fois réduits par la reprise de la glace et des potentialisateurs), aboutit à une guérison totale somatique et psychique.

2) Delirium tremens

Observation 3. — M. F..., 53 ans, éthylique chronique ; à l'arrivée, malade sub-confus, agité, trémulant, légèrement fébrile, traité par la strychnine et l'alcool hépatisé intra-veineux. Le lendemain, hyperthermie à 40°2, déshydratation massive, grande agitation onirique. Hibernation immédiate associée au curéthyl. Sédation rapide de l'excitation et température à 36°5, le 2e jour de l'hibernation. Au 3e jour, après suppression de la glace pendant douze heures, et réduction des potentialisateurs, température à 39°, état stuporeux. Reprise des ganglioplégiques plus strychnine. A partir du 4e jour, de l'hibernation, normalisation de la température, suppression de la glace, puis des potentialisateurs et barbituriques le 6e jour. Guérison.

Observation 4. — M. D..., 39 ans. Delirium tremens avec grande agitation, onirisme anxieux, hyperthermie à 40° et déshydratation massive chez un mitral avec tachyarythmie (urée, 0,80) ; hibernation immédiate avec 4560 R.P. Novocaïnisation massive, curéthyl et strychnine, sans barbituriques, maintenue trois jours ; glace intermittente. Sédation rapide de l'agitation et de l'anxiété et stabilisation de la température à 37°-38°, avec maintien de petites doses de potentialisateurs (4560 R.P.) et de strychnine pendant quelques jours (urée, 0,25). Guérison complète.

Observation 5. — Mme P..., 47 ans, grande éthylique chronique, avec onirisme nocturne depuis huit jours. A l'arrivée, malade anxieuse, mais lucide et apyrétique, traitée par la strychnothérapie. Le 2e jour, au soir, température à 38° avec onirisme. Le 3e jour, syndrome de delirium tremens avec température à 40°4, grande agitation onirique anxieuse et déshydratation massive. Mise en hibernation ce jour-là, suivant notre première technique. Abaissement progressif de la température jusqu'à 34° le lendemain soir. Maintien de l'hypothermie à 34°-35°, 3 jours 1/2 consécutifs, avec suppression de la glace le 5e jour de l'hibernation, qui entraîne une réascension de la température à 40° au bout de 48 heures. La sédation de l'agitation anxieuse avait été obtenue dès les premières heures, remplacée par le sommeil profond, maintenu jusqu'à la fin de l'hibernation, et qui se transforma en coma le 7e jour pour aboutir à la mort le 8e jour. Mais dès le 3e jour de son hospitalisation, la ponction lombaire révélait une hémorragie méningée importante ; le liquide céphalo-rachidien, franchement sanglant, est resté tel à chaque ponction. Il ne contenait aucun germe.

Observation 6. — Mme A..., 43 ans, éthylisme subaigu avec onirisme depuis trois jours. A l'entrée, sub-confusion, tremblements généralisés, température à 38° ; traitée immédiatement par curéthyl et strychnine. Le lendemain, agitation onirique anxieuse, sueurs profuses, ascension progressive de la température jusqu'à 39°9, qui imposent, en plus de la thérapeutique

initiale, la mise en hibernation. Sédation presque immédiate de l'agitation, remplacée par un état de somnolence calme, et stabilisation de la température avec maintien des ganglioplégiques (4560 R.P. et novocaïne) sans réfrigération pendant trois jours, au bout desquels la guérison est confirmée. Il faut signaler dans les suites immédiates un iléus paralytique d'évolution favorable, dont les relations avec les thérapeutiques utilisées peuvent être discutées.

Enfin, dans une série de cas — trois accès maniaques et quatre accès confuso-polymorphes — où l'aggravation subite du tableau clinique et l'apparition d'hyperthermie faisaient redouter le passage au délire aigu, et dans un coma hyperthermique, nous avons utilisé avec succès des hibernations très brèves, de un à trois jours, suivant notre technique modifiée. D'une manière constante, l'hibernation fut appliquée dès les premières 24 heures de l'installation de l'hyperthermie, et nous pensons que la précocité de cette thérapeutique est ici condition majeure du succès. Dès le premier jour, en effet, l'hyperthermie est décapitée et la glace est supprimée dès que la température atteint 37°. Il faut noter qu'après la suppression de l'hibernation, la température peut osciller pendant quelques jours autour de 38°. Ultérieurement, les thérapeutiques classiques, cures de sommeil et électrochocs, ont été normalement appliquées pour réduire l'état psychotique résiduel. Dans cette série de cas, nous citerons seulement deux de nos observations qui, bien que d'interprétation difficile, n'en apparaissent pas moins significatives.

Observation 7. — Mlle E..., jeune fille de 21 ans, qui présentait une myasthénie grave traitée par thymectomie (1). Le 10e jour après l'intervention, apparition d'un syndrome confuso-délirant aigu, fébrile, et reprise du syndrome myasthénique. Aggravation subite le lendemain, avec grande agitation anxieuse, température à 39°, pouls à 160. La mise en hibernation sous surveillance du Dr Campan amène en quelques heures une chute de la température à 36° ; une régularisation du pouls à 70, tandis que la malade repose tranquillement. Malgré la suppression de la glace dès la 12e heure, la température avec les seuls ganglioplégiques (4560 R.P. et novocaïne), associés à la prostigmine, se maintient à 36° pendant deux jours. On diminue alors progressivement les doses de 4560 R.P., que l'on peut supprimer au bout de quelques jours, de même que la prostigmine, les troubles mentaux aigus et le syndrome myasthénique ayant totalement régressé.

Observation 8. — Mme T..., 59 ans, au décours d'un état dépressif anxieux, traité par électro-chocs, présente un coma hyperthermique, température à 40°, installé en quelques heures, sans aucun signe de localisation neurologique. Sept heures après le début des troubles, injection du cocktail lytique habituel plus réfrigération. Baisse progressive de la température, mais, au bout de trois heures, collapsus cardio-vasculaire avec chute tensionnelle de 17 à 8. Suppression du 4560 R.P. dans la perfusion à partir de ce moment,

(1) Observation qui doit faire l'objet d'une communication spéciale.

après injection de 0,050 de ce produit, et doses massives de cortine naturelle intra-veineuse. Stabilisation de la température aux environs de 37°5 pendant quelques jours. La malade, sortie complètement du coma à la fin du 2e jour, ne présentait plus, dès ce moment, aucun symptôme de collapsus. Guérison complète, sans séquelles.

Ces observations autorisent à penser que l'hibernation représente une des thérapeutiques les plus efficaces dans les psychoses hyperthermiques. Elles appellent certains commentaires.

Dans le délire aigu, l'hibernation apparaît comme l'action thérapeutique la plus logique à opposer aux grands dérèglements neuro-végétatifs qui, pour M. Marchand, représentent avant tout une réaction cérébrale d'intolérance et qui, dans le cadre du syndrome général d'adaptation, peuvent être considérés comme l'expression extrême du stress. Mais ces premiers essais thérapeutiques montrent la nécessité d'une extrême prudence dans leur mise en œuvre. Le danger de l'hibernation trop poussée ressort nettement de notre première observation, dans laquelle une réfrigération excessive a entraîné une chute de température à 29°, qui a probablement conditionné l'évolution fatale, bien que la température soit remontée à 33° avant la mort. Une hypothermie relative, de l'ordre de 36°-35°, nous paraît traduire une déconnection neuro-végétative suffisante.

S'il faut noter l'efficacité de l'hibernation dans trois cas de délirium tremens, où le 4560 R.P. a été parfaitement toléré, même associé aux injections intra-veineuses d'alcool hépatisé, il faut souligner que l'hibernation doit être ici de courte durée. Il semble bien, en effet, que cette technique permette la réduction rapide de l'agitation et de l'hyperthermie, mais le risque de passage au coma commande la strychnothérapie, dès la sédation de la phase excito-motrice et l'interruption précoce de l'hibernation. Dans l'observation 5, de délirium tremens, l'hémorragie méningée conditionnait certainement un processus irréversible et l'hibernation n'a paru jouer ici qu'un rôle purement symptomatique et transitoire, mais qui a probablement retardé l'évolution fatale. La question se posait, dans ce cas, de la reprise de l'hibernation, mais la rapidité de l'évolution a empêché toute nouvelle tentative.

Le succès de l'hibernation brève dans les psychoses aiguës, compliquées d'hyperthermie, nous paraît tenir dans la précocité de sa mise en œuvre. Si certaines observations sont d'interprétation délicate (observation VII et surtout VIII), il n'en reste pas moins que l'hyperthermie fut toujours rapidement réduite, et l'on sait en pratique la signification pronostique que revêt son apparition au cours d'un état psychotique quel qu'il soit. Dans ces états, où les heures comptent pour conditionner une évolution irréductible, elle réalise une thérapeutique d'urgence susceptible de bloquer à son début le syndrome de dérèglement diencéphalique.

Discussion

M. L. Marchand. — Les auteurs ont utilisé l'hibernation dans une série de psychoses hyperthermiques, dont ils analysent les résultats. L'hibernation apparaît comme l'action thérapeutique la plus logique à opposer aux grands dérèglements neuro-végétatifs, qu'il s'agisse de délires aigus ou même de delirium tremens. Appliquée précocement, elle permet dans nombre de cas moins typiques d'éviter ces grandes complications. Mais si l'hibernation constitue la thérapeutique d'urgence des psychoses hyperthermiques, une certaine modération s'impose dans sa technique, par opposition à ce qui a été proposé en chirurgie cérébrale.

M. M. Leconte. — Des statistiques quoique limitées que fournit le présentateur, on ne peut que s'associer à la remarque de M. Marchand sur le caractère dangereux de ces méthodes. On constate que la sérothérapie n'a pas été pratiquée dans divers cas. On peut se demander, quand il semble prouvé que par un traitement médical beaucoup de ces malades sont sauvées du point de vue vital, s'il est bien nécessaire d'abandonner des méthodes plus douces et plus sûres. Le présentateur tire argument d'une grosse statistique de mortalité antérieure.

La mort dépend souvent des problèmes de soins d'apparence secondaire : régime, durée de la contention, insuffisance de sérothérapie et de soutien médical des défaillances cliniques par exemple.

M. P. Barrès. — Nous remercions M. Marchand d'avoir bien voulu nous donner son opinion sur une thérapeutique dont l'application lui paraît délicate, voire dangereuse. L'utilisation des ganglioplégiques exige en effet une surveillance rigoureuse et constante du malade et, quand il s'agit de la grande hibernation, la collaboration d'un anesthésiste réanimateur. Une certaine modération s'impose dans sa technique par rapport à ce qui a été proposé en chirurgie cérébrale et permet d'éviter les dangers de cette méthode.

La mortalité dans le délire aigu traité par les méthodes classiques nous paraît beaucoup plus élevée qu'à M. Hyvert, peut-être en raison de l'admission tardive de beaucoup de nos malades. En dépit de quelques succès isolés avec le sérum hypertonique, l'électro-choc ou la cortisone, le délire aigu nous a toujours posé un des plus angoissants problèmes thérapeutiques.

Comme le souligne M. Santenoise, le terme d' « hibernation », malgré sa fortune, est impropre. Celui de déconnection répond mieux, à la fois, aux actions pharmacodynamiques et aux faits cliniques. Pour répondre aux autres questions de M. Santenoise, nous dirons que la réfrigération est ici accessoire et qu'il ne nous paraît aucunement avantageux de rechercher une hypothermie accentuée ; que ses effets sont très différents de ceux que l'on observe quand elle est utilisée seule. Quant aux troubles respiratoires, nous ne les avons observés que dans notre premier cas, où l'hibernation avait été pratiquée selon notre technique initiale et avec des doses trop massives. Ce que nous ont dit, M. Santenoise des effets des substances neuroplégiques sur la tension artérielle, et M. Soulairac de leur action sur les cellules nerveuses, montre bien la nécessité d'études physiologiques plus poussées. Il semble que c'est à une notion de modération dans sa technique que nous conduisent aussi bien notre propre expérience clinique que la discussion actuelle — alors même que se révèle tout l'intérêt d'une thérapeutique qui s'oppose directement aux grands dérèglements neuro-végétatifs du syndrome délire aigu.

## Note sur une hypothèse thérapeutique concernant l'alcoolisme, par M. Pierre Fouquet.

Lorsqu'un malade alcoolique a été sérieusement traité (réduction du facteur toxique, modification du facteur psychique) il est, en fait, intolérant à toute ingestion d'alcool ; aussi, pour obtenir une stabilisation durable, devons-nous fournir au malade la possibilité de rester abstinent.

A cet égard, pendant la post-cure, en plus de la psychothérapie indispensable, la seule ingestion prolongée de comprimés de disulfiram pendant des mois ou même des années rend des services appréciables. Mais l'expérience prouve aussi que des facteurs névrotiques (le plus souvent) ne permettent pas toujours au malade de continuer à se rendre abstinent par ce procédé.

L'idée présentée ici est de substituer à la prise artificielle d'un médicament un geste simple, habituel, automatique, répété plusieurs fois par jour, qui apporterait les mêmes garanties : *il s'agit de fumer des cigarettes anti-alcool.*

*a*) Les buveurs sont le plus souvent des fumeurs : il suffirait de conseiller au malade consentant de fumer tel type de cigarettes si elles peuvent le mettre dans l'impossibilité d'ingérer des boissons alcoolisées ; ceci paraît d'autant plus facile que, comme le montre l'observation, les malades ont une tendance nette à augmenter leur consommation de tabac pendant la période de sevrage. Naturellement, les mêmes oppositions risquent de survenir pour les mêmes motifs, mais ici, elles se heurteraient à une habitude et peut-être même à un besoin. Cependant, le malade n'aurait qu'à changer de marque de cigarettes pour se dérober à l'entretien d'une intolérance artificiellement obtenue grâce à l'usage exclusif de ce type de cigarettes, au cours d'une hospitalisation par exemple.

*b*) En ce qui concerne le principe, si l'on se réfère à certaines formes de la toxicomanie de l'opium, on sait que l'inhalation de fumée constitue en soi un procédé parfaitement suffisant à créer un état organique bien particulier ; en thérapeutique, l'inhalation constitue une voie d'introduction médicamenteuse couramment utilisée : on recherche, soit des effets généraux mais transitoires (anesthésie), soit des modifications locales ; on peut citer à ce propos l'utilisation encore peu connue d'inhalations de vapeurs d'alcool éthylique dans l'œdème pulmonaire (1, 2). Enfin, sur le plan précis qui nous intéresse, déjà la médecine du travail fournit nombre d'observations (3, 4, 5), relatant le cas d'ouvriers qui, exposés au dégagement de certaines vapeurs, devenaient, par inhalation lente et prolongée, intolérants à toute ingestion d'alcool éthylique et, de ce fait, strictement abstinents. Ainsi, il ne paraît pas déraisonnable de penser que, au moins

en théorie, le procédé suggéré puisse contribuer à élargir les facilités de rester abstinent.

Il n'est pas question dans cette note de développer, *à priori,* les avantages et les inconvénients de l'hypothétique usage de la cigarette anti-alcool qui n'existe pas ; seuls, des chimistes compétents pourraient, après étude, dire s'il y a ou non possibilité valable de réaliser la chose et peut-être la mettre en expérimentation au point de vue biologique.

On peut toutefois présenter *quelques remarques et suggestions.*

1) Il semble naïf d'espérer qu'une poudre de disulfiram, mélangée au tabac, soit susceptible de produire l'effet recherché ; en effet, la combustion du tabac détruirait probablement la substance, donnerait peut-être des produits nocifs, et, vraisemblablement, un goût et une odeur désagréables.

2) Pourtant, ce produit ou d'autres présentant des propriétés antagonistes analogues, cyanamide, charbon animal, atébrine, dithiocarbonates, chloramphénicol, coprinus atramentarius, etc. (6, 7, 8, 9), pourraient être, sous une forme convenable, intimement mélangés au tabac à un stade déterminé de sa fabrication (cigarettes au menthol, cigarettes anti-asthmatiques, etc...).

3) L'idée d'un filtre placé à l'une des extrémités de la cigarette, c'est-à-dire ne brûlant pas, est probablement plus facilement utilisable, soit avec un tabac spécial, soit seul. On peut aussi retenir (bien que moins pratique), l'idée d'un fume-cigarettes spécial, comme le réalisent déjà certaines marques pour la décotinisation : une capsule contenant le produit obligerait ici la fumée à se charger de vapeurs aptes à créer par inhalation l'interdiction recherchée.

4) De multiples questions se posent : toxicité, efficacité, dosage, etc... : pour être utilisable, en tant que moyen d'introduction médicamenteuse, la cigarette anti-alcool devrait répondre à un certain nombre d'exigences, parmi lesquelles :

efficacité : 5 cigarettes en 24 heures suffiraient à créer en quelques jours l'effet désiré : imprégnation lente quotidienne ;

innocuité : à l'inverse, 30 cigarettes fumées en 24 h. ne seraient pas toxiques ;

goût et odeur agréables ; variétés possibles : tabac blond ou brun ;

présentation normale avec indication discrète de la propriété alcoolo-répulsive.

5) Enfin si, comme il est vraisemblable, des produits autres que le disulfiram pouvaient être employés, les mécanismes d'action seraient très différents : en effet, au lieu de perturber le catabolisme de l'éthanol ingéré, et de produire secondairement des symptômes réactionnels, il semble que, au moins dans certaines des observations

citées plus haut, ce soient l'odorat et accessoirement le goût qui interdisent d'une manière élective toute tentative d'ingestion de boissons alcoolisées ; il s'agirait alors d'un conditionnement répulsif préalable.

En tout état de cause, un procédé de cet ordre ne constituerait qu'un adjuvant dans la thérapeutique des alcooliques, l'abstinence ne constituant pas toujours le seul critère de guérison, mais uniquement la condition nécessaire à une éventuelle reconstruction de la personnalité (10, 11).

En conclusion, l'idée d'utiliser à cette fin thérapeutique spéciale la toxicomanie mineure, mais très répandue, que représente le tabagisme, constitue une *hypothèse* dont nous avons tenté de poser les fondements théoriques et de prévoir quelques aspects pratiques. Si on lui reconnaît quelque valeur théorique, le problème pratique ainsi posé pourrait devenir l'objet de recherches biochimiques et cliniques qui, tout en nous éclairant sur les mécanismes si mal connus de tolérance et d'intolérance à l'éthanol, aboutiraient peut-être à des réalisations utiles.

*BIBLIOGRAPHIE.* — 1. Luisada (A. A.) : The Mechanism and Treatment of Pulmonary Edema. *Illinois Med. J.*, 100 : 254, octobre 1951. — 2. Gootnick (A.), Lipson (H. I.) and Turbin (J.) : Inhalations of Ethyl Alcohol for Pulmonary Edema. *New England J. Med.*, 265 : 862, 29 novembre 1951. — 3. Editorial, *British Journal of Addiction*, juillet 1949. — 4. Hald (J.), Jacobsen (E.) et Larsen (V.) : Mécanisme de l'hypersensibilité à l'alcool dans les intoxications par la cyanamide (mal rouge). *Arch. Mal. Prof.*, Paris, 10 : 232-6, 1949. — 5. Sroka (K. H.) : Von gewerblichen Gesundheitsschäden durch Alcohol. *Gesund. u. Wohlfart*, Zürich, 31 : 186-94, 1951. — 6. Jacobs (M. B.) : *The analytical Chemistry of Industrial Poisons, Hazards and Solvents*, p. 619, Interscience Publishers, New-York, 1949. — 7. Queries and Minor Notes, Idiosyncrasy to Alcohol. *J. Amer. Med. Ass.*, 144 : 598, 1950. — 8. Moench (G. L.) : Animal Charcoal as a substitute for Antabus in the Treatment of Alcoholism. *N. Y. St. J. Med.*, 50 : 308, 1950. — 9. Child (G. P.) : The Failure of Tétraethylthiuramdisulfide to sensitize dogs to ethyl alcohol. *J. Pharmacol.*, 101 : 6, 1951. — 10. Fouquet (P.) et Ropert (R.) : Thérapeutiques de l'alcoolisme et notion d'abstinence. *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1952. — 11. Fouquet (P.) et Ropert (R.) : Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme. *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1952.

**Sur deux hormones pancréatiques : la vagotonine et la centropnéine** (projection de films), par M. D. Santenoise.

*L'auteur présente, dans une série de films, l'historique de ses recherches et les techniques de laboratoire qui lui ont permis d'aboutir à l'isolement des deux hormones.*

*Un film est particulièrement consacré à la technique opératoire pratiquée sur le chien.*

**Premières recherches cliniques psychiatriques sur les effets comparés de la vagotonine et de la centropnéine,** par M. Paul Abély.

Lorsqu'en 1930 D. Santenoise isola la vagotonine, il incita plusieurs de ses élèves à utiliser cette nouvelle hormone pancréatique dans le traitement de diverses psychoses affectives évoluant parallèlemeut à des perturbations neuro-végétatives. Des résultats nettement encourageants furent particulièrement retenus dans les cas de mélancolie d'involution.

Poursuivant ses recherches physiologiques et contrôlant l'action de la vagotonine sur le fonctionnement des centres respiratoires, D. Santenoise a pu remarquer, à partir de 1950, que la vagotonine était en réalité constituée par deux substances physiologiquement distinctes ; une hormone spécifiquement vagotonisante et une hormone centropnéique. Il aboutit ainsi à isoler et à préparer deux hormones distinctes : la vagotonine et la centropnéine. Celles-ci sont présentées actuellement, soit sous forme de comprimés, soit sous forme de sachets de poudre glucosée.

Continuant mes essais thérapeutiques de rééquilibration instinctivo-affective, en partant de substances diverses à action neuro-végétative (j'ai eu l'occasion d'en publier à plusieurs reprises les résultats devant cette Société), il m'a paru intéressant de m'adresser cette fois à ces deux hormones pancréatiques.

Ces essais remontent à peine à deux mois, ils sont encore très limités et les déductions qui en découlent demeurent encore bien incomplètes et par conséquent prudentes.

Je n'ai naturellement pas recherché leur action sur les centres respiratoires ; je me suis simplement borné à les administrer à certaines psychopathes déséquilibrées dans leur système instinctivo-affectif et, pour le moment, uniquement à des syndromes maniaques, mélancoliques ou psychasthéniques.

J'ai plus fréquemment utilisé la centropnéine.

Pour la vagotonine, dont les effets en thérapeutique psychiatrique sont déjà bien connus, j'ai pu contrôler que l'action de cette vagotonine purifiée était à peu près identique à celle de la précédente vagotonine.

C'est-à-dire qu'elle agit surtout sur les mélancolies d'involution pré- ou post-ménopausiques, surtout sur celles à tendance hypertensive et hyper-sympathicotonique. Il m'a semblé aussi que l'administration sous forme de comprimés paraissait meilleure que celle sous forme de poudre glucosée.

La dose adéquate me paraît osciller entre 2 à 4 comprimés par

jour, répartis entre deux à trois prises, à jeun, c'est-à-dire une heure environ avant les repas.

Cette nouvelle vagotonine m'a paru moins active dans les syndromes mélancoliques des sujets jeunes relevant de la psychose périodique. L'essayant sur des névropathes, hyperémotifs, asthéniques, anxieux (mais sans symptômes de la véritable série mélancolique), j'ai pu contrôler des résultats variables, les uns nettement favorables, les autres nuls ou même parfois défavorables. Seuls réagissaient heureusement certains névropathes à formule neuro-végétative particulière (comme il l'était à prévoir), c'étaient ceux qui avaient une tension artérielle normale ou très légèrement augmentée, qui montraient un réflexe solaire nettement positif et un réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé. C'est qu'en effet l'expérience semble démontrer qu'il existe assez couramment deux types de névroses psychiatriques. Les unes qui s'accompagnent en général d'un pouls lent sont remarquablement améliorées par les sympathicotoniques, en particulier par l'amphétamine dextrogyre (maxiton).

Les autres, qui s'accompagnent en général d'un pouls accéléré, sont nettement apaisées par les vagotoniques. C'est à ces dernières qu'il faudra administrer de la vagotonine.

Pour obtenir un apaisement sensible de l'anxiété et de l'asthénie, il était indispensable d'administrer cette vagotonine dès le réveil, le matin à jeun, et une seule fois dans la journée ; de plus, c'était la forme de sachet en poudre glucosée qui m'a semblé ici indiquée, et plus active que la forme comprimés (cela à l'inverse des mélancoliques d'involution).

En somme, la nouvelle vagotonine m'a semblé se différencier peu de son ancêtre dans son action psychique.

Mes quelques recherches sur l'action de la centropnéine m'ont amené, dans ces essais préliminaires, à des observations plus particulières. Mon attention a été attirée par son effet sur les états d'excitation maniaque. Ces essais, encore bien incomplets, ne portent que sur six sujets. Dans cette période de tâtonnement pour trouver la dose féconde, je ne suis pas encore arrivé à juguler un accès maniaque en pleine effervescence (quoique la chose ne semble pas impossible dans l'avenir). Mais, dans les six cas, j'ai réussi à modérer considérablement l'exaltation, à faire de ces malades des êtres supportables, capables de vivre dans un dortoir commun sans moyens de contention et, chez deux, j'ai pu réduire au minimum, dès le début, un grand accès menaçant qui récidivait brutalement à des dates prévisibles, à limiter à une petite présentation hypomaniaque une malade habituellement déchaînée. L'une d'elles, qui avait un accès récidivant à chaque période menstruelle, a franchi par deux fois le cap des règles grâce à ce médicament. Une autre qui, depuis une hystérecto-

mie, présente des phases rapprochées d'excitation maniaque violente, tient depuis un mois, grâce à ce médicament, dans un équilibre instable certes, mais qui ne dépasse pas le stade de la petite hypomanie.

Pour que la centropnéine soit active dans de tels cas, il faut l'administrer à doses fortes et répétées. Un minimum de 9 à 10 comprimés par jour, répartis en trois ou quatre prises, est indispensable. Au-dessous de ces chiffres, les résultats sont nuls ; à partir de ceux-ci, une dose féconde est variable selon chaque sujet. Cette centropnéine est parfaitement supportée ; c'est ainsi qu'une malade âgée de 70 ans absorba quotidiennement ses 9 comprimés pendant trois semaines sans le moindre inconvénient. Jusqu'ici, je n'ai utilisé que la forme comprimés et il n'a pas encore été donné de comparer l'action de cette forme à celle de poudre glucosée.

En poursuivant ces contrôles, un fait m'a assez rapidement frappé, à savoir : les effets assez comparables dans de tels syndromes mentaux avec ceux d'un autre produit que j'avais expérimenté, il y a un an, produit composé de certains alcaloïdes, hydrogénés, dérivés de l'ergot de seigle, et qui correspond à l'hydergine française.

Pour l'un et pour l'autre, lorsque la dose optima est fixée pour chaque individu, il est non seulement inutile de l'augmenter, mais au contraire, il est utile de la baisser lentement. Pour l'une et pour l'autre, il est indiqué de la cesser après une période de deux à trois semaines (sinon l'effet s'épuise), puis de la reprendre après une période de repos de quinze jours environ (car l'accoutumance semble s'installer assez rapidement).

Comme l'hydergine, la centropnéine m'a paru n'être ni un hypotenseur, ni un hypertenseur véritable, mais surtout un stabilisateur de la tension artérielle et du système neuro-végétatif agissant, semble-t-il, sur les centres neuro-végétatifs supérieurs.

Plus tard, des explications physiologiques, qui n'ont pas leur place dans cette brève communication, pourront éclairer le mode d'action de ces deux substances.

Pour aujourd'hui, j'ai tenu à me limiter à ces premiers essais préliminaires en thérapeutique psychiatrique, à observer seulement les modifications différentes et électives qu'apportent, dans la présentation clinique de certaines psychoses instinctivo-affectives, la vagotonine et la centropnéine. J'ai l'intention, dans le futur, de les associer dans certains cas et, comme je l'ai fait pour plusieurs autres substances, de les faire suivre ou précéder l'une ou l'autre d'un électro-choc. J'aurai l'occasion de publier ces nouveaux contrôles en temps voulu.

**Modifications du comportement alimentaire par lésions du système nerveux central,** par M. André Soulairac. (Avec projection du film : Effets des lésions corticales sur la consommation alimentaire du rat) (1).

On sait depuis plusieurs années, à la suite des recherches expérimentales de Brobeck, Tepperman et Long (1943), de Brooks (1946), de Soulairac (1947), que des lésions bilatérales, localisées aux noyaux paraventriculaires de l'hypo-thalamus, déterminent un syndrome d'hyperphagie considérable, accompagné d'obésité.

Des recherches plus récentes (Anand et Brobeck, 1952 ; Soulairac, 1952) ont pu mettre en évidence que certaines autres lésions hypothalamiques sont capables de provoquer un état d'anorexie totale chez le rat. Les lésions responsables sont situées dans les parties latérales de l'hypothalamus en dehors d'un plan vertical passant par le fornix et sur le plan antéro-postérieur s'étendant dans toute cette formation.

Le problème s'est posé de savoir si l'on se trouvait en présence d'un double centre : l'un commandant la consommation alimentaire, l'autre la satiété, à la manière de ce que certains admettent pour les centres de la veille et du sommeil. Les derniers travaux de Anand et Brobeck semblent en faveur de cette hypothèse. Il semble toutefois que l'on puisse également admettre, en raison de la disposition topographique des régions reponsables de l'anorexie, qu'il puisse s'agir de zones de passage amenant à certaines formations hypothalamiques les afférences végétatives responsables de la régulation homéostasique de la consommation alimentaire.

Une autre constatation expérimentale vient compliquer ces phénomènes. Nous avons montré (Soulairac, 1952) que certaines lésions du cortex cérébral déterminent chez le rat des modifications importantes de la consommation alimentaire. Les lésions détruisant les aires corticales antérieures (aires F et F' de Lashley) provoquent la suppression de tout appétit pour les glucides. D'autre part, les lésions corticales, quelle que soit leur localisation, semblent provoquer une augmentation assez constante de la consommation alimentaire générale.

Ces quelques faits démontrent que dans cette régulation de la consommation alimentaire, qui paraît essentiellement instinctive, peut intervenir une régulation néo-corticale importante.

S'il en est ainsi, le schéma général de la régulation nerveuse du comportement alimentaire pourrait être envisagé de la façon suivante : des formations hypothalamiques assureraient à la fois le contrôle de la régulation endocrinienne et de la régulation nerveuse

(1) Laboratoire de psychophysiologie de la Sorbonne.

de la consommation alimentaire. Mais le fonctionnement de ces centres hypothalamiques serait contrôlé par des mécanismes corticaux qui, le cas échéant, seraient susceptibles de provoquer des modifications du comportement alimentaire en dehors de tout phénomène de régulation homéostasique. Ains pourraient peut-être s'expliquer plus aisément certains troubles cliniques du comportement alimentaire tels que l'anorexie mentale, la boulimie et peut-être aussi certains cas de potomanie.

Si l'hypothèse de projections végétatives corticales peut être discutée, il semble cependant que la meilleure explication de ces faits reposerait sur la possibilité de conditionnements spéciaux dont le mécanisme et l'installation restent évidemment à préciser.

La séance est levée à 12 heures 30.

*Le secrétaire général,*
Dr Paul Abély.

---

*Séance du lundi 22 juin 1953*

---

**Présidence : M. B. LOGRE, vice-président et M. A. FRIBOURG-BLANC, ancien président**

---

## COMMUNICATIONS

### Psychose hallucinatoire par intoxication amphétaminique, par MM. Claude Pottier, R. Georgelin et H. du Couëdic.

De nombreux auteurs ont déjà signalé la toxicomanie des amphétaminines et les dangers de celles-ci. Nous rapportons ici le cas d'un médecin qui, à la suite d'un abus de l'ortédrine, a présenté un délire hallucinatoire.

Agé de 34 ans, notre malade a traversé en juin 1947 une phase d'asthénie liée à des séquelles d'insuffisance hépatique, à de l'entérocolite et à une activité professionnelle excessive. L'usage de sulfate de phényl-1-amino-2-propane, à raison de 15 mgr. par jour lui a, à ce moment, permis de surmonter sa fatigue, mais le sujet a maigri (15 kg. en un an) et a accusé, dès les premiers comprimés, des troubles du caractère et des facultés intellec-

tuelles (irritabilité intense, dépression épisodique, manie du détail, insouciance de l'argent), qu'il n'a pas reconnu comme ayant un lien avec l'absorption de l'ortédrine. Ayant dû, en raison de ces troubles, abandonner son activité professionnelle en octobre 1948, il cessa l'usage de l'amphétamine. Il retrouve un caractère et un discernement normaux jusqu'en novembre 1949, date à laquelle, épuisé une nouvelle fois par un travail excessif, il a eu de nouveau recours au sulfate de phényl-1-amino-2-propane. C'est à ce moment qu'a brusquement débuté la psychose qui fait l'objet de cette communication. Cette psychose s'est déroulée en trois phases.

1° Une phase dépressive (novembre 1949 à juillet 1950) avec troubles du caractère et du comportement, jalousie et irritabilité, hallucinations cœnesthésiques avec idées de transformation corporelle, hallucinations olfactives et gustatives, quelques hallucinations visuelles : astres, Tour Eiffel, et auditives ; voix de Dieu, grondements de tonnerre, concerts radiodiffusés. Les hallucinations de transformation corporelle ont suivi un ordre historique (phylogénique et ontogénique) et ont eu pour corollaire la naissance d'un syndrome d'influence, le sujet s'imaginant être aidé par Dieu dans la réalisation d'un nouveau type physique. Elles ont été assez souvent douloureuses (« division » du cœur, du foie, du visage, pseudo-stigmatisation). De plus, sont apparus des phénomènes d'automatisme moteur, le sujet courant en demi-cercle pendant des périodes durant de une heure à 23 heures. Le malade se sentait « porté », se révélait infatigable, se reposant en quelques secondes d'une course de plusieurs heures.

Pendant l'évolution de ces troubles, de novembre 1949 à juin 1950, le malade a pris chaque jour deux à trois comprimés d'ortédrine.

Le 26 juin 1950, il cesse de prendre de l'ortédrine et redevient tout à fait normal pendant quelques jours. Ayant alors repris d'une manière épisodique quelques comprimés d'ortédrine (deux tubes en dix jours environ), entre la fin du mois de juin et le 20 juillet 1950, les troubles psychiques ont repris.

2° La psychose est entrée alors dans sa deuxième phase, une phase mystique. Le malade est convaincu que c'est Dieu qui le fait souffrir. Abandonnant « devant l'évidence » l'idée délirante de transformation corporelle, le sujet « accepte » partiellement, entre juin 1950 et mars 1951, l'idée délirante qu'il a été choisi pour revivre les souffrances du Christ.

Il présente des phases d'hallucinations visuelles et auditives accompagnées d'interprétations délirantes : « messages » dans les articles de journaux, dans les émissions de radio, visions (dans le ciel) de nuages en forme de lettres grecques et de personnages, vue du « signe de Dieu », des mystiques, évocation « vécue » de scènes de la vie de Jésus ; Jésus apaisant les flots, résurrection, faculté de faire se lever le soleil, conversation avec les prophètes, avec Dieu, Jésus-Christ, etc...

A partir de juillet 1950 le malade abandonne l'usage de l'ortédrine. La cessation de l'ortédrine accentue la confusion mentale du 20 au 25 juillet 1950. Puis la conscience réapparaît entre le 25 juillet et le milieu de septembre 1950, quoique les hallucinations et les idées mystiques n'aient pas cédé. Le malade a l'impression d'être désincarné. Tout en conservant une croyance absolue à la réalité de ses phantasmes, le malade commence à discuter avec les esprits qu'il croit présents dans son cerveau des problèmes de la conduite des affaires humaines.

La reprise du travail en décembre 1950 accentue cette tendance. Bientôt de l'asthénie réapparaît. Au début du mois de janvier 1951, le malade prend à nouveau de l'ortédrine et, en outre, du maxiton pour combattre celle-ci.

3° La psychose entre alors dans sa troisième phase, une phase poético-passionnelle. Dès lors, et peut-être par compensation vis-à-vis de l'attitude légitimement détachée de sa femme, l'automatisme mental du malade s'oriente vers des hallucinations de conversations avec des personnages lointains, de participation à la conduite des affaires humaines. L'affectivité se centre sur l'érotomanie, alors qu'il se montre capable de jugement en dehors de son délire. Son affectivité perd tout contact avec le réel et le possible. Alors que son activité professionnelle semble conservée à peu près intégralement, ses désirs s'orientent vers le merveilleux. Il se croit aimé à distance d'une jeune actrice de cinéma. Il est obsédé par des hallucinations auditives incessantes de conversations avec elle. Il imagine que, à eux deux, ils dirigent le mouvement des astres, qu'ils vont par leur union ramener la terre et l'univers à un état paradisiaque. Sous l'influence de doses d'ortédrine, atteignant 40 comprimés à cinq milligrammes par jour et d'une boîte de maxiton en plus par jour, il éprouve un sentiment de puissance, mais perd tout contact avec le réel et bientôt se trouve à bout de ressources. En 1951, il fait une fugue pour rejoindre l'objet de ses préoccupations érotomaniaques. Celle-ci provoque son internement le 29 août 1951.

Pendant son internement, il présente un délire d'influence surtout imaginatif, où se mêlent des explications scientifiques et des conceptions mystiques et métaphysiques. Il se présente comme un être humain désigné par Dieu pour collaborer à la réforme du monde. Il envisage aussi la réforme de l'anatomie et de la physiologie du corps humain selon un plan tout à fait nouveau. Il croit à la possibilité de la création de corps où seraient incarnés les esprits des morts. Il parle d'une modification de l'univers astral. Il annonce une réforme de la vie morale et sociale des hommes. Il est sujet à des hallucinations auditives et psychiques. On constate des intuitions et des interprétations délirantes. Il communique par la pensée avec le pape, le président de la République, une princesse d'Angleterre, le préfet de police, une actrice de cinéma. Sa pensée est enregistrée par les postes de radiophonie du monde. Il a des visions extraordinaires.

Après cinq mois de sevrage d'ortédrine, automatisme mental et délire ont disparu. En janvier 1951, il persiste un déficit neurologique : parésie des membres droits, hypoesthésie de la moitié gauche du corps et de la moitié droite de la face. Il subsiste un déficit de la mémoire de fixation, et de la mémoire d'évocation de l'hyperaffectivité, une diminution de l'activité pragmatique. Ces troubles disparaissent partiellement par un traitement par la vitamine B 12 associée à l'acide folique, puis par la biocholine, puis par le propionate de testostérone. Il peut être considéré comme guéri à la fin de l'année 1951. Il obtient sa sortie de l'hôpital psychiatrique le 26 juin 1952.

Néanmoins, au contact de la vie normale, des troubles dissociatifs gênent considérablement son activité. Il éprouve une grande difficulté à concentrer son attention. Il est impuissant à traduire en propositions pratiques des idées générales. Il comprend mal les notions concrètes. Il fixe lentement les notions nouvelles. Il qualifie de lilliputiennes ses représentations mentales visuelles. Il éprouve de la difficulté à évoquer la moitié droite de

celle-ci. Il a l'impression d'une spatialité de la pensée. Il est encore sujet par intervalles à de l'anxiété et à de l'irritabilité. Il persiste de la parésie des membres droits et de l'hyperesthésie de la face, de l'aboulie. Ces troubles s'accentuaient à chaque poussée d'entérocolite, à chaque atteinte rhino-pharyngée. Ces troubles se seraient améliorés rapidement par un traitement aux spécytons cerveau-moelle. Actuellement, il est complètement guéri.

Notre malade, âgé de 34 ans, marié et père d'un enfant, n'a jamais présenté de troubles mentaux avant 1947.

Dans ses antécédents pathologiques on ne relève qu'un ictère en 1941 et des périodes d'insuffisance hépatique et d'entérocolite. Il fait ses études en grande partie dans un collège religieux. A cette époque il aurait eu, à l'en croire, une tendance nette au mysticisme. Très bon élève, intelligent, travailleur, il fait des études continuellement brillantes et il obtient, en même temps qu'il accomplit ses études de médecine, deux certificats de licence de science (anatomie comparée et zoologie appliquée).

Son père est mort à l'âge de 62 ans de tuberculose péritonéale et ganglionnaire ; sa mère à l'âge de 68 ans d'hémorragie cérébrale. Il a un frère et un demi-frère tous deux bien portants.

Cette observation montre que des doses d'ortédrine courantes, mais quotidiennes, de juin 1947 à octobre 1948, ont déterminé des troubles du caractère. A partir de novembre 1949, les mêmes doses courantes ont déterminé une psychose véritablement « explosive ». A partir de ce moment les troubles psychiques n'ont pas cédé, même à la suppression du toxique, de juillet 1950 à janvier 1951, quoique diminuant en intensité à la faveur de cette suppression.

A partir de janvier 1951, le malade prend à nouveau des amphétamines et consomme, chaque jour, des doses véritablement excessives. A l'ortédrine il ajoute le maxiton.

A l'en croire, en août 1951, à la veille de son internement, il en était arrivé à prendre chaque jour 40 comprimés d'ortédrine dosés à cinq milligrammes et, en outre, une boîte de maxiton. Les troubles mentaux ont nécessité une désintoxication de quatre mois environ et un internement de dix mois environ dans un hôpital psychiatrique. On peut donc penser qu'une période trop longue d'absorption de l'ortédrine a déterminé des troubles mentaux. Ceux-ci ont été ensuite aggravés par des doses quotidiennes d'ortédrine excessives auxquelles venait encore s'ajouter la prise de maxiton. Ces troubles mentaux n'ont disparu que lentement après la suppression du toxique.

Nous pensons que cette observation relate, selon l'expression de M. Baruk, un véritable délire hallucinatoire expérimental médicamenteux et qu'elle peut être utile à l'étude de l'étiologie et de la psychopathologie des délires.

### Discussion

M. Paul Abély. — L'amphétamine dextrogyre apparaît, en pratique psychiatrique, comme une substance médicamenteuse qui pourrait presque mériter le qualificatif de « prestigieuse ».

Elle permet de débloquer les réticents, d'explorer le substratum psychogène, de différencier un délire onirique d'un délire affectif, de guérir rapidement un état toxique confusionnel, éthylique par exemple, de dissiper dans un minimum de temps un coma barbiturique ; suivie d'un électrochoc elle est capable même de juguler un accès maniaque. Mais sa puissance montre précisément qu'elle ne devrait être maniée que par des mains médicales. C'est pourquoi, en complet accord avec notre Société, j'exprime à nouveau le regret et l'inquiétude que ce médicament soit délivré au public sans ordonnance.

Cette intéressante observation éclaire aussi la conception, que je soutiens depuis longtemps, de l'étiologie neuro-végétative cortico-circulatoire et affective de la psychose hallucinatoire vraie, à l'opposé des états délirants oniriques et oniroïdes, d'origine diencéphalique.

Enfin, la sensibilité pathologique à l'amphétamine dextrogyre est très spéciale, elle ne concerne que les hypersympathicotoniques au contraire d'autres substances toxiques (comme l'alcool, les barbituriques, etc...), qui ne deviennent psychopathogènes que chez les sujets hypervagotoniques.

C'est ce qui explique aussi que l'amphétamine est un véritable antidote de l'ivresse.

**Résultats de l'hibernothérapie dans trois affections psychosomatiques,** par MM. Jean Delay, P. Deniker, Y. Tardieu.

La majorité des auteurs réserve aujourd'hui le terme d'affection « psycho-somatique » aux états comportant une sensibilité psychique et une fragilité somatique particulières où la participation du système neuro-végétatif paraît fondamentale.

Il était donc logique d'entreprendre la cure de tels états au moyen de méthodes nouvelles — groupées sous le vocable d'hibernothérapie — qui visent à la mise au repos du système neuro-végétatif. Les indications respectives de ces thérapeutiques commencent à se préciser : les états d'excitation, d'agitation, de confusion mentale, certains états dépressifs-anxieux ou phobiques bénéficient surtout de la « cure neuro-plégique » à la chloropromazine telle que nous l'avons proposée dès 1952 ; l'effet de sommeil — obtenu par l'adjonction d'autres drogues — peut être utile à l'occasion de préoccupations et inquiétudes qui peuvent apparaître en cours de cure, particulièrement dans les cas de névroses.

Les indications de ces méthodes n'ont pas encore été publiées dans les affections psycho-somatiques ; nous nous bornerons ici à rapporter trois observations qui ont paru démonstratives et encourageantes.

Observation n° 1. — Maurice, âgé de 45 ans, chauffeur, est envoyé en ambulance, le 26 mars 1953, pour des crises douloureuses rétro-sternales s'exacerbant à l'effort, interdisant le sommeil et qui s'accompagnent d'une vive anxiété. Le début des troubles remonte à 1951 : à la suite d'un choc émotionnel — la femme du malade ayant été renversée devant lui par une voiture — il présenta alors un état anxieux avec poussée hypertensive à 24/14

et crises douloureuses rétro-sternales. La pression artérielle était normale avant cet incident. Les troubles reprirent en 1951, le malade maigrit de 15 kg., les douleurs rétro-sternales devinrent intolérables, irradiant dans les deux bras, s'accompagnant d'insomnies presque totales, rebelles à toute thérapeutique. Les douleurs avaient un horaire fixe, prenant le malade à la tombée de la nuit, et duraient jusqu'au jour, elles évoluaient par crises paroxystiques s'accompagnant de dyspnée et d'une angoisse intense. Pour ces crises, le malade fut hospitalisé en janvier 1953 à l'hôpital Saint-Joseph. Les différents examens ne montrèrent que l'hypertension artérielle et un léger élargissement de l'aorte à l'orthodiagramme, les différents électro-encéphalogrammes pratiqués ne montrèrent aucune altération électrique.

Cependant, à son entrée, le malade est dans une inquiétude extrême, car, nous dit-il, *le moindre effort* peut déclencher chez lui une grande crise paroxystique. D'autre part, il redoute ses nuits d'insomnie. On est frappé par la pâleur et l'hypertension artérielle à 24/12.

Un nouvel électro-cardiogramme, fait pour plus de prudence avant la cure de somnolence, s'est révélé normal.

Le traitement a été prolongé 17 jours, les doses de 4560 R.P. ont été progressives au début, atteignant 10 comprimés par jour (250 mgr.) le quatrième jour ; nous avons même atteint en fin de traitement 12 comprimés (300 mgr.) par jour, en y associant quotidiennement une injection intraveineuse de privénal.

La tension artérielle qui atteignait 24/12 au début du traitement se révéla constamment normale à 14/8 en fin de cure.

Les crises paroxystiques disparurent. Le sommeil redevient normal, alors qu'auparavant aucune amélioration n'avait obtenu d'effet durable.

Cet état se maintenant, la sortie est accordée le 18 avril 1953.

Observation n° 2. — René, âgé de 39 ans, architecte, nous fut adressé pour un prurit anal s'accompagnant de lésions d'eczématisation et *persistant depuis quatre ans*. Ce prurit était presque continu, tenace, résistant à tous les traitements : en 1949 on fit au malade une rectoscopie qui mit en évidence un bourrelet hémorroïdaire que l'on sclérosa, mais le prurit persista. Le malade consulte alors à Saint-Louis, en mai 1949 ; de nombreux traitements sont alors tentés, mais sans aucun résultat. En 1950, à l'hôpital Beaujon, il est opéré d'une fissure anale mais malgré cette intervention le prurit demeure, l'examen des selles fait à cette époque ne montrait pas de parasites intestinaux. Les symptômes ont évolué chez un sujet obsédé par la propreté, vivant perpétuellement dans la crainte de voir survenir une crise plus intense et dont la vie était devenue insupportable ; l'obsession de la propreté était telle que le malade lavait son linge lui-même, afin de s'assurer de sa parfaite netteté.

Il fut décidé pour ce malade une cure de somnolence ; les doses de 4560 R.P. furent moins élevées que dans le cas précédent, la somnolence pouvant être obtenue uniquement avec 8 comprimés (200 mgr.) par jour.

Dès le deuxième jour le prurit si pénible pour le malade *disparut*, ainsi que les lésions d'eczématisation.

Le malade précise lui-même qu'il n'éprouve plus à la selle de douleurs ou de brûlures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années, la guérison complète se prolonge pendant un mois. Cependant, devant la réap-

parition de certains troubles, il est mis de nouveau à une cure de somnolence : 8 comprimés de 4560 R.P. pendant 12 jours, ce qui enraya la rechute ébauchée. Les troubles obsessionnels persistent, une psychothérapie fut décidée à la suite de la cure de somnolence.

Observation n° 3. — Jacques, âgé de 33 ans, journaliste, nous fut adressé le 18 avril 1953 pour un syndrome fonctionnel digestif évoluant par poussées ayant fait porter le diagnostic d'ulcère duodénal. C'est au début d'une de ces poussées douloureuses que le malade fut hospitalisé : les clichés radiologiques faits dans le service mettaient en vidence sur le corps de l'estomac une seule anomalie sur le haut de la petite courbure, image en relief probablement de plissement ; sur un des clichés duodénaux pris en série, en procubitus se voyait une image interprétable comme une très petite image en cocarde sans parler des signes de duodénites sur le génu supérius.

Les conditions d'apparition de ces troubles digestifs étaient très particulières : les troubles remontaient à 1944 en rapport avec une incarcération de 68 mois. Dès la libération, craignant d'être arrêté, le malade fait une crise de colibacillose septicémique. En prison, il était perpétuellement en butte aux préoccupations les plus angoissantes concernant la peine encourue et la situation des siens. Les troubles digestifs débutèrent alors, s'accompagnant de troubles thyroïdiens : augmentation du corps thyroïde, exophtalmie, tachycardie, troubles des phanères avec chute des cheveux. Après sa sortie de prison les angoisses du malade persistèrent, surtout lorsqu'il se trouvait enfermé dans une pièce. Il avait également la phobie des uniformes. Tous ces troubles s'estompèrent au fur et à mesure que le malade se réadaptait à la vie normale. Par contre, les troubles digestifs s'accentuèrent, entraînant de l'insomnie et l'asthénie.

C'est pour ces troubles que le malade fut hospitalisé. Le traitement dura 12 jours à la dose de 8 comprimés de 4560 R.P. (200 mgr.). Le troisième jour les troubles fonctionnels digestifs disparurent ; le cinquième jour, apparition de préoccupations, d'inquiétude, injection quotidienne intra-veineuse de privénal ; le douzième jour, un nouvel examen radiologique gastro-duodénal ne montrait *plus aucun signe radiologique ;* la baryte passait facilement sans qu'il soit besoin de faire comme au premier examen radiologique une injection de morphine. La réponse du radiologiste était formelle, toutes les images radiologiques préalablement constatées avaient disparu : l'aspect gastro-duodénal étant parfaitement normal.

Le traitement dans ce cas avait donc permis d'une part de supprimer le syndrome fonctionnel, d'autre part de transformer les clichés radiologiques. On sait d'ailleurs qu'expérimentalement des irritations neuro-végétatives répétées peuvent à la longue créer des lésions ulcéreuses gastro-duodénales.

En résumé, nous avons eu affaire à trois affections psycho-somatiques typiques :

un cas d'hypertension artérielle grave avec crises angoissantes rétrosternales d'effort et de nuit chez un anxieux ;

un cas de prurit anal eczématisé, rebelle à toute thérapeutique depuis 5 ans, chez un obsédé ;

un syndrome digestif évocateur d'ulcus duodénal avec image

radiologique suspecte apparu dans des circonstances émotionnelles très particulières.

Dans ces trois affections psycho-somatiques nous avons obtenu des résultats très concluants avec la cure de chloropromazine.

Dans les trois cas, l'action médicamenteuse fut contrôlée en cours de traitement par la recherche des réflexes neuro-végétatifs : d'une façon constante, nous avons relevé un blocage du réflexe orthostatique ; le passage de la position couchée à la position debout entraînait chez nos malades une baisse tensionnelle très marquée avec sensations vertigineuses. Au cours de ces épreuves, le pouls s'accélérait à 120-130, était mal frappé, difficile à compter en position debout : tout rentrait dans l'ordre lorsque le malade était allongé. La constatation de ce réflexe signe bien l'action sympathoplégique de la drogue et confirme les hypothèses sur son mode d'action.

Discussion

M. Paul Abély. — J'ai l'impression que le terme d'hibernation n'est peut-être pas tout à fait adéquat, c'est là d'ailleurs une opinion qui tend à se répandre et je crois que Laborie lui-même renonce maintenant à ce qualificatif. Le terme de déconnexion neuro-végétative semble mieux répondre au fait physiologique. Les intéressantes observations d'aujourd'hui ressemblent à certaines autres, publiées récemment par Mlle Deschamps, laquelle fut un des premiers psychiatres français à appliquer cette méthode thérapeutique chez les psychopathes.

M. Maurice Leconte. — Je m'associe pleinement à ce que M. P. Abély vient de déclarer. Je signale que Mlle Deschamps vient de publier, avec Mme Cadoret, dans la *Presse médicale* du 17 juin de cette année, un nouvel article sur la méthode dite d' « hibernation ». Il s'agit d'une quinzaine de cas dont deux se sont déjà terminés par la mort en quatre jours, notamment un délirium tremens. Nous continuons à faire des réserves sur l'extension de ces méthodes dans la mesure où elles risquent de faire glisser sur le diagnostic et le traitement étiologique des syndromes mentaux.

## A propos d'une observation de M. J. Le Beau de cingulectomie, M. H. Baruk.

Dans un travail paru dans la *Semaine des hôpitaux* du 2 mai 1950, le Dr J. Le Beau et J. Pecker (1) rapportent des études thérapeutiques concernant le traitement chirurgical de certains cas d'agitation et d'accès de violence observés non seulement chez certains arriérés, mais aussi chez certains épileptiques.

Ils écrivent notamment, en parlant du traitement de ces manifestations par la lobotomie, les phrases suivantes : « On peut objecter, à

(1) J. Le Beau et J. Pecker. — Etudes de certaines formes d'agitation psychomotrice au cours de l'épilepsie et de l'arriération mentale traitées par la topectomie péricalleuse antérieure bilatérale. *Semaine des hôpitaux*, 26e année, n° 33, 2 mai 1950, p. 1536 à 1551.

bon droit, à cette intervention, qu'en effet elle calme généralement les malades, mais au prix d'une certaine déchéance intellectuelle et affective. Cette déchéance, que souvent les tests ne mettent pas en évidence, a été en particulier démontrée par Rylander. On a été conduit à rechercher une opération donnant le même résultat, sans dégradation mentale notable. » C'est dans ce but que les auteurs précités ont essayé la topectomie péricalleuse, opération dont l'idée repose sur la notion anatomique du faisceau mamillo-thalamique, faisceau qui se termine dans le noyau ventral du thalamus et qui se projette sur les aires 23, 24, 32 de la région péricalleuse.

MM. J. Le Beau et J. Pecker rapportent à ce sujet huit observations dont la première a trait à un malade que nous suivons depuis un certain temps dans notre service et dont nous avons publié l'observation à la Société médico-psychologique (1). Toutefois, au moment où nous avons publié cette observation, nous n'avions pas connaissance du fait que MM. Le Beau et Pecker avaient publié cette observation dans leur mémoire, et ce fait peut s'expliquer par le titre même de leur mémoire consacré à l'épilepsie et à l'arriération mentale. Or, le malade en question n'est nullement un arriéré, mais présente au contraire une intelligence au-dessus de la moyenne. Il aurait présenté une encéphalite au moment où il se présentait au concours de Polytechnique, à l'âge de 21 ans, et aurait été vu à ce moment par le professeur Alajouanine, qui aurait pensé à une sclérose en plaques. Ensuite, toute sa vie a été marquée par des impulsions à boire, et par une faiblesse de la volonté le rendant incapable de résister à ses impulsions, ce qui a provoqué une véritable déchéance sociale, des condamnations successives, etc...

En réalité, lorsqu'on interroge très minutieusement la famille, il semble que les perturbations du caractère signalées existaient déjà à l'état d'ébauche dès l'enfance : de bonne heure, il avait frappé ses proches par sa vanité, sa tendance à se mettre en évidence, à bluffer, à s'illusionner, le caractère impératif de ses désirs sans frein, etc..., et aussi un brio et une verve particulière qui a fait penser au Dr Le Beau à un comportement légèrement hypomaniaque.

Ce malade a été opéré par le Dr Le Beau le 7 septembre 1948.

Dans leur publication, MM. J. Le Beau et J. Pecker notent : « Après l'intervention, guérison apparente pendant trois mois, puis rechute et reprise du comportement hypomaniaque noté antérieurement. »

Nous sommes tout à fait d'accord avec ces auteurs qui, très loyalement, ont reconnu que l'opération a donné, chez ce sujet, un résultat négatif. Son trouble du comportement est tel qu'il a dû être interné et réinterné. Toutefois, on ne trouve chez lui, comme nous l'avons

(1) H. Baruk, Lichwitz (de Santiago) et Roland. — Délinquance à répétition peut-être consécutive à une encéphalite léthargique traitée par la topectomie. Pseudo-succès proclamé suivi d'un échec véritable. *Société médico-psychologique*, 25 février 1952 ; *Annales médico-psychologiques*, tome I, n° 3, mars 1952, p. 338-342.

signalé, aucun affaiblissement intellectuel, et, à ce point de vue, cette observation semble donner raison à l'hypothèse de travail de M. Le Beau.

Toutefois, persiste chez lui un état d'hypomanie, avec vantardise, jeux de mots, plaisanteries qui, par certains côtés, pourraient même rappeler la moria. Au point de vue neurologique, on note une hypotonie considérable, et une inégalité des réflexes rotuliens déjà soulignée par Le Beau.

Par contre, l'étude de l'initiative psychomotrice que nous avons faite par l'ergographie chez ce malade avec Mlle Melzer et Lichwitz montre une extraordinaire prolongation de la courbe de fatigue et une régularité absolue des courbes que nous n'avons vues à ce degré que chez certains schizophrènes. Nous avons rapporté, à maintes reprises, des manifestations d'automatisme psychomoteur analogue chez les lobotomisés.

Si nous reconnaissons très volontiers que dans cette observation l'intervention chirurgicale est restée pratiquement sans effet, ni dans un sens ni dans l'autre, nous ne pouvons néanmoins nous empêcher de rappeler les nombreux abus qui peuvent résulter de poser des indications chirurgicales analogues chez des arriérés, ou des sujets déclarés plus ou moins rapidement caractériels, dont les troubles pourraient être amendés par des moyens psychothérapiques simples, ou par des modifications du milieu. Nous avons rapporté récemment une observation typique à ce sujet à la dernière société de neurologie (mai 1953), c'est par cette pente de facilité, que la psychochirurgie nous paraît présenter un grave danger, et c'est pourquoi nous nous sommes élevé contre cette thérapeutique.

Dans ce cas toutefois, il semble bien qu'il se soit agi de troubles constitutionnels importants, très difficiles à résoudre par les méthodes courantes, et l'état du malade est resté le même après l'intervention. Néanmoins, nous comptons continuer d'essayer chez lui un effort de rééducation.

## *Addendum à la communication de M. H. Baruk (séance du 22 juin 1953)*, par M. J. Le Beau.

M. J. Le Beau. — Un certain nombre d'entre vous ont dû être surpris de voir les noms de M. Baruk et le mien attachés à une même communication. En effet, tout le monde sait que M. Baruk est un adversaire déterminé de la psycho-chirurgie, alors qu'au contraire je suis un neuro-chirurgien qui fait beaucoup de psycho-chirurgie.

En fait, nous avons des terrains d'entente. Le premier est l'objet même de la communication que vient de vous exposer M. Baruk. Devant cette Société, il y a un an, le malade en question avait été publié par M. Baruk comme un échec de la psycho-chirurgie, mais l'auteur n'était pas au courant d'une publication de 1950 sur la cingulectomie, dans laquelle je rap-

portais en détail l'observation de ce malade, expliquant qu'il était, en effet, un échec, mais que l'absence de troubles intellectuels post-opératoires m'avait engagé à poursuivre les cingulectomies.

Depuis 1948 j'ai fait une quarantaine de cingulectomies avec, dans l'ensemble, d'excellents résultats particulièrement chez les épileptiques avec gros troubles caractériels et chez les obsédés chroniques irréductibles.

J'ai maintenant, depuis plus de quatre ans, des malades qui ne présentent aucun trouble intellectuel et qui ont repris leur activité sociale. A titre d'exemple, je vous présente un cas d'obsession avec crises d'épilepsie et syndrome parkinsonien, opéré en décembre 1952 et dont l'état, actuellement, semble parfait. Le délai post-opératoire est, à mon avis, trop court pour permettre d'apprécier définitivement la valeur de l'opération, mais il se trouve que j'ai vu cette malade avant-hier et j'ai pensé que ce serait une bonne occasion de vous la montrer. Vous pouvez vous rendre compte que son état intellectuel est excellent. C'est là l'objet principal de cette présentation.

Toutefois, je tiens à mettre en garde la Société contre la présentation, même détaillée, de malades isolés, soit pour condamner une méthode, soit pour la défendre. En effet (1), toutes ces études de psycho-chirurgie n'ont de sens que si elles sont faites sur des groupes d'au moins 15 ou 20 malades ayant à peu près le même diagnostic clinique, suivis dans des conditions à peu près semblables et ayant naturellement subi le même type d'opération. C'est dire qu'il s'agit d'études très longues, très compliquées, telles que nous les avons organisées à l'hôpital Lariboisière ; il ne s'agit pas de décision opératoire hâtive sur des malades que l'on perd ensuite de vue, attitude que nous condamnons en psycho-chirurgie comme ailleurs.

Il existe un autre point sur lequel je suis, au moins particllement, d'accord avec M. Baruk : c'est la condamnation qu'il fait de la lobotomie, du moins de la lobotomie classique passant par le plan de la suture coronale. Il n'est pas douteux que, dans ces conditions, on peut créer des troubles de la personnalité importants et en particulier des troubles intellectuels indiscutables. Nous soutenons cette attitude depuis 1947 et nous n'avons aucune raison de la modifier maintenant. Mais, il existe des cas où la lobotomie reste une opération certainement plus efficace que la chirurgie frontale sélective. Ce sont les grandes schizophrénies : même là cependant nous préférons commencer par une opération sélective, quitte à prévenir la famille de l'éventualité d'une deuxième intervention. Il nous arrive aussi de faire la lobotomie d'emblée et d'avoir d'excellents résultats, tel ce malade que connaît bien M. Brousseau et qui nous a donné une guérison complète depuis plus de trois ans (délire de persécution chez un homme de 75 ans, intellectuellement normal et qui, depuis, a repris intégralement ses affaires fort importantes). Il n'est pas jusqu'à M. Baruk lui-même qui ne reconnaisse parfois le bon résultat de la lobotomie puisque, avec une parfaite loyauté, il a publié dans la *Revue neurologique* le cas d'une maladie de Parkinson très améliorée après lobotomie.

En terminant, je tiens à remercier M. Baruk d'avoir bien voulu rectifier sa communication préalable : il était, en effet, très important pour moi que l'on sache bien que je n'hésite pas à publier, à propos de certaines interventions, non seulement les résultats favorables, mais ceux qui nous ont donné des échecs. Cet échec était d'ailleurs relatif, puisque le malade n'a pas été aggravé et que son observation attentive nous a autorisés à développer une opération qui se montre à l'heure actuelle des plus prometteuses en psycho-chirurgie.

(1) J. Le Beau. — Les opérations frontales sélectives en psycho-chirurgie. *Rapport de la réunion annuelle de la Société de neuro-chirurgie de langue française*. Genève, 16 mai 1953, Masson et Cie, pages 1-48, et *Revue neurologique*, 1953, 88, n° ,

## *Intervention consécutive à la communication de MM. H. Baruk et J. Le Beau*, par A. Brousseau.

Discussion

M. A. Brousseau. — Je suis heureux de la spontanéité avec laquelle M. Baruk vient de réparer le jugement qu'il porta, devant notre Société, à propos d'une malade sur laquelle le Dr Le Beau avait pratiqué une intervention préfrontale. Cela nous permet une espérance de plus vaste portée encore.

En effet, je n'ai pas été le seul à déplorer les termes dans lesquels notre collègue a depuis longtemps déjà exprimé sa condamnation de tout recours à la psycho-chirurgie.

Au sein de notre Société, il nous était possible de lui soumettre des faits et des arguments que nous pensions susceptibles de modifier peu à peu l'intransigeance de son opposition.

Ce fut un échec de plus qu'il fallut ajouter aux erreurs et aux insuccès que M. Baruk stigmatise avec l'autorité que l'on sait. Notre art s'est établi après beaucoup de controverses. Entre médecins, nous pouvions accepter celle-ci encore.

Nous n'avions pas à critiquer les mobiles assurément généreux de cette action, dont le ton passionnel altéra parfois nos débats. Mais voici que la querelle est portée bien au delà des leçons magistrales et cliniques, et des écrits destinés au public médical.

Je n'ai pas lu quelques articles qui ont indigné quelques-uns de nos collègues, et je n'écoute guère la radio. Mais j'ai fini par prendre attentivement connaissance de cet ouvrage sur « La désorganisation de la personnalité », publié en 1952 dans la Bibliothèque de philosophie contemporaine.

M. Baruk y trace une parallèle « des processus naturels de l'*Alma Mater* » et « des processus artificiels de l'apprenti sorcier ». L'exposé et la critique de ces derniers occupent le tiers du volume.

Quelques citations suffisent à en marquer l'esprit : « la psycho-chirurgie : méthode de désespoir » (p. 126), « le lobotomisé est déshumanisé » (p. 144), « la lobotomie constitue l'un des facteurs les plus puissants pour flatter, démoraliser et corrompre les psychiatres » (p. 148). « le succès de la psycho-chirurgie est directement proportionnel à l'affaiblissement moral, clinique et scientifique du psychiatre, ainsi qu'à l'affaiblissement du véritable esprit thérapeutique » (p. 149).

Il ne peut être indifférent au médecin chef de service des aliénés difficiles, de voir au chapitre « troubles caractériels et délinquance » ses pareils traités de « psychiatres pressés de faire figure de thérapeutes » affligés d'une « mentalité orgueilleuse » cherchant à « conquérir facilement l'actualité ».

Pour M. Baruk, la lobotomie « joue également sans conteste en faveur de l'utilité et de la tranquillité du médecin », « moyen simpliste de transformer les malades en esclaves apparemment satisfaits ».

Enfin, notre collègue se permet d'écrire : « La lobotomie peut devenir une sanction contre des malades ennuyeux, insupportables ou difficiles. »

Se rend-il compte des craintes et des difficultés qu'il peut susciter de la part des folliculaires, des familles et des malades de mon service, où, malgré cette pente de facilité que l'on nous impute, chaque décision est précédée de plusieurs mois au moins d'études patientes, minutieuses, et de longs débats de conscience.

Je m'étonne de ce que l'auteur, rappelant une de mes publications sur ce sujet, cite uniquement les échecs et semi-échecs et passe sous silence les

succès durables. « Il est pour le moins étonnant de traiter les criminels en utilisant un procédé qui altère leur conscience morale et leur contrôle moral », dit-il (page 140).

Que ne considère-t-il davantage les faits que je tiendrais si volontiers à sa disposition. Sur 16 récidivistes opérés, et il a fallu que leur famille et eux-mêmes le sollicitent par écrit, onze ont été mis en liberté, cinq y sont toujours, le premier depuis cinq ans, et tous mènent dans la mesure des possibilités de notre information, une vie familiale et professionnelle satisfaisante. Aucun de nos opérés n'a été diminué, ni dans ses fonctions intellectuelles, ni dans ses capacités affectives.

Je demande à M. Baruk de considérer l'excès de ces propos et leur nocivité évidente sur des esprits non informés de nos disciplines et naturellement portés à faire confiance à un médecin de sa qualité.

Puisse-t-il consentir comme il l'a fait aujourd'hui, aux réparations nécessaires, et s'épargner ainsi une mauvaise conscience morale, en même temps qu'il satisfera aux principes de justice auxquels nous sommes, autant que lui-même, attachés.

M. Henri Baruk. — Si nous sommes heureux de constater que le Dr Le Beau cherche à éviter la déchéance intellectuelle et affective de la lobotomie frontale, nous tenons à souligner que cette communication ne fait que maintenir entièrement notre position sur la question de la psycho-chirurgie frontale, et que non seulement nous n'avons pas à modifier une virgule à ce que nous avons écrit précédemment, mais encore que les abus fréquents que nous observons dans la décision parfois hâtive de telles interventions, ou leur proposition sans que les familles soient averties des risques qu'elles comportent, ainsi parfois que l'usage d'une propagande dans le grand public, propagande qui voudrait même supprimer les discussions et les opinions contraires dans les sociétés, revues, ou ouvrages strictement scientifiques, tous ces abus contribueraient beaucoup plus à discréditer la méthode que des critiques ou des discussions scientifiques faites dans une atmosphère de recherche et de libre discussion, atmosphère qui reste la condition de tout progrès.

## Révélation tardive d'un délire chronique de classement nosologique difficile, par MM. A. Crémieux, A. Merland, J. Cain et Ray. Pujol.

Observation. — Mlle I... Odette, âgée de 42 ans, célibataire, entre à la clinique des maladies nerveuses le 18 février 1953. Elle est extrêmement amaigrie, presque cachectique. En effet, depuis quelques mois, elle a considérablement réduit son alimentation, prétendant avoir « deux ou trois vers solitaires » et pensant que le jeûne était un bon moyen de traitement. Depuis une semaine environ elle vit pratiquement claustrée dans sa chambre, reste toujours couchée, nous dit sa mère.

Vers le début de l'année 1952 la malade aurait eu effectivement un ver solitaire expulsé à la suite d'un traitement simple, mais elle reste hantée par la crainte du tænia. Vers novembre 1952, elle ressentit des « douleurs à l'appendice », elle sentait « circuler le tænia, il y en avait deux ou trois, c'était fulgurant »... Mais il n'y avait plus d'anneaux dans les selles.

« Suivant ce que je prenais, ils changeaient de taille et de virulence, ç'a a été une lutte affreuse ». Le traitement imaginé par la maladie fut héroïque et spécial : elle commença par vendre pour 2.000 francs une table et une glace, dans le but d'acheter des médicaments, puis pendant deux jours elle

alterna ses médicaments tous les quarts d'heures (kaneuron et divers vermifuges), elle prit aussi quelques aliments, mais « l'estomac se révulsait et remontait vers le diaphragme », « je me suis rendu compte que j'étais dédoublée, séparée, tous mes filaments étaient coupés ».

« Si je voulais récupérer je devais rester immobile dans mon lit. Tout s'est ainsi remis en place, c'est un effet de la nature remarquable ! ! ! J'avais l'impression que tout se recollait, c'était comme bâti avec le sang des veines, ce n'était pas très solide, il a fallu recommencer une dizaine de fois, je restais tout à fait immobile pendant souvent 48 heures, j'avais froid. Hier soir, je n'étais pas complètement rétablie. »

Isolée et traitée, cette malade accepta de s'alimenter ; au bout d'une vingtaine de jours elle avait repris 3 kilos, mais continuait à exprimer des opinions anatomiques et physiologiques très particulières : « l'œil droit est plus aplati que le gauche, sa coloration est différente, le canal qui va de l'œil droit au sein gauche est obstrué ; cela vient des médicaments, j'ai l'impression que mon sein n'est pas bien soutenu, je pense que c'est le canal du lait ». Ces canaux viennent du système lactogène situés près de l'aine, à droite. Ils se dirigent vers le sein gauche en passant par un ovaire. « Je ne me sens pas soutenue, comme un parapluie à qui on aurait enlevé une baleine. Actuellement je dévore, alors qu'avant je faisais la grève de la faim, il me manquait l'estomac, il m'est revenu par la paix en Dieu. »

Toutes ces idées de la série hypocondriaque sont exprimées avec une indifférence à peu près totale, comme s'il s'agissait d'une autre personne qu'elle. La malade reste souriante.

Sur tous les autres points, elle s'exprime normalement ; elle donnera très peu de renseignements sur sa vie antérieure, éludant plutôt les questions. Nous savions, par sa mère, qu'elle avait présenté des troubles mentaux antérieurs, que celle-ci fait remonter à une déception sentimentale à l'âge de 30 ans. A cette époque, la malade aurait fait une courte fugue et on l'aurait retrouvée dans un terrain vague se disant la fille d'un roi.

Depuis 1950 la malade travaillait à une affaire d'importation-exportation qu'elle avait créée elle-même, elle s'en occupait correctement. Son bureau était dans un local réquisitionné ; elle eut quelques démêlés avec les propriétaires qui réussirent à la faire expulser par la police.

A l'occasion de cette expulsion elle se montra très agressive vis-à-vis du commissaire de police et elle fut placée à la maison d'arrêt. Une expertise psychiatrique fut demandée qui conclut à la nécessité de l'internement, le diagnostic était : « déséquilibre psychique avec alternatives de dépression et d'excitation, troubles caractériels, réactions impulsives à la maison d'arrêt ». Son séjour à l'asile dura du 15 janvier au 3 mars 1951. A sa sortie elle reprit son travail, mais ses troubles caractériels restaient assez marqués, en particulier animosité envers sa mère qu'elle accusait de saboter son travail, ce qui amena quelques réactions agressives qui nécessitèrent un nouveau placement à l'asile en octobre 1951. Les certificats portent : « déséquilibre avec quelques idées de persécution à base interprétative dirigées contre sa mère ». En juin 1952, la malade paraissant calme, sa sortie est autorisée. C'est pendant ce deuxième séjour qu'on s'est aperçu que la malade était porteuse d'un ver solitaire et elle aurait été traitée pour cela. Le dernier épisode avec comportement bizarre, refus d'alimentation, claustration, idées hypocondriaques, centrées sur les méfaits du tænia, a débuté en novembre 1952, nous avons déjà rapporté les détails pendant son séjour à la clinique neurologique.

Devant la persistance de l'idée délirante à thème hypocondriaque, en raison aussi de l'impression de discordance entre les idées exprimées et le ton affectif de la malade, on se décide à la faire à nouveau interner, en mars 1953. Le diagnostic du certificat était « déséquilibre psychique sur fond paranoïaque, avec actuellement délire hypocondriaque. Entrée dans le service dans un état d'amaigrissement cachectique consécutif à la sitiophobie due à ses idées délirantes ».

A son entrée à l'asile on trouva, dans les bagages de la malade, une liasse assez épaisse de feuillets écrits de sa main, datés de juin et juillet 1952, qui révélèrent un roman délirant extrêmement riche et sur lequel elle était restée entièrement réticente, soit au cours de ses internements antérieurs, soit au cours de son séjour à la clinique des maladies nerveuses. Nous allons rapporter quelques extraits de cette intéressante littérature : « 19 juin 1952, étincelante journée : j'ai pu reconnaître à la radio la voix sacrée de mon mari. J'en ai été éblouie, émerveillée ! ! ! Il a chanté dans de grands airs de théâtre italien. J'ai supposé un Anglais, imitant un Italien, chantant en français. Si je pouvais matérialiser le sentiment que j'ai ressenti, j'élèverais une statue d'acier, le représentant, nous aveuglant de mille feux sous le soleil. »

Après ce bel exorde, la malade rappelle quelques souvenirs ayant trait à la rencontre d'un certain M. Jacques B... qui semble bien avoir existé réellement. Elle fait remonter le début de ses relations avec lui à 1947. Elle ne cache pas qu'elle avait pour lui une certaine inclination. Cependant, dit-elle, « j'ai dû le renvoyer, tantôt poliment, tantôt de façon plus énergique, ne désirant pas lier amitié avec une personne prétendant être déjà mariée et ayant cinq enfants. Cependant, son attitude demeurant entièrement dégagée, sa ténacité entièrement inébranlable, j'ai cru avoir le droit de lui faire confiance ».

Suit une description de M. B... : « Je crois voir chez lui des traces de ressemblance, d'après une photographie, avec le roi Georges VI. Ses yeux ne me l'ont pas démenti, je crois donc qu'il est un des frères du roi, c'est-à-dire le duc de Gloucester. Je ne pense qu'à M. B..., par souci d'exactitude je ne prononcerai plus en moi-même que le nom d'Athur ou Arturo ! ! ! »

« Nous étions en communication étroite, Arturo et moi, par le truchement de la radio. »

Cette idylle fut traversée de quelques orages. Elle raconte un épisode mémorable situé en octobre 1948 où elle fut prise d'une très grande crainte au sujet de M. B..., Arturo, qu'elle croyait victime d'un guet-apens. « Désespérée, ma mère s'est rendue à son domicile et lui a parlé en particulier. Je renaissais à la vie, mais par la radio je fus informée qu'un petit monsieur triste ne pouvait se rendre chez l'élue de son cœur. Cet accident fut relaté avec force détails dans de multiples colonnes d'un grand journal. Mais ce n'était qu'un piège pour m'éprouver ou pour une raison plus grave que j'ignore... »

« La Claire-Ecoute (la microphonie) avait sans doute enregistré ma douleur et mes pleurs... Par la Claire-Ecoute et la Claire-Voix les voitures et les passants sont immédiatement informés de ce que j'ai pu dire et faire. De nos jours, j'ignore encore quels sont les procédés employés qui sont du domaine d'Arturo. »

« M. B... et moi nous avons les mêmes vues communes au sujet des maux qui rongent l'humanité : malpropreté, malhonnêteté, esprit de clocher, favoritisme, égoïsme, criminel..., et une grande complicité tacite pour tous les

vices. Mais à partir du début de ce mouvement un monde nouveau allait naître, un monde téléguidé, télécommandé qui va rayonner autour du pivot que je vais représenter (mon appartement il faut le dire s'y prête fort bien, ayant trois grandes façades et une quatrième secondaire...). »

« En plus qu'Arturo est un homme multiple et que j'étais trop repérée, il nous fut interdit de nous contacter jamais, cela se conçoit sans peine, mais à travers cette immense souffrance, j'ai eu le grand bonheur, à chaque moment de mon existence, de faire part à Arturo de mes réactions, de mon amour, de mes joies, de mes peines, et de l'informer parfois, je pense, de façon utile. »

« Il y a environ trois ans que je paye les conséquences de cette extraordinaire découverte par la radio, les journaux, et les traductions semi-naturelles quant aux allures et comportement du peuple en circulation...

« J'ai dû endurer le flux et le reflux d'une mer infinie d'insanités, pour ne pas dire plus, et je préfère pour l'instant ne pas m'y attarder davantage...

« J'ai encore enregistré pour mon compte une seconde découverte. J'ai pu constater que, par un système nouveau de télévision, des sujets, dessins et films de personnes connues ou pas, pouvaient m'être transmis, lorsque j'ai les yeux fermés dans l'obscurité. Arturo m'a souvent donné ainsi de ses nouvelles..., je suis également détectée et contactée pour ce qui a trait au cœur, circulation du sang, toutes les douleurs physiques. Toutes les réactions naturelles ou provoquées du corps humain peuvent toutes être reproduites sur un tableau, tel une carte détat-major du corps humain. Je suis donc actuellement une femme entièrement transparente. »

Après l'exposé de ces importantes transformations de sa personnalité et de ses rapports avec le monde ambiant, la malade en vient à l'exposé de « projets et réalisations importantes » qu'elle a élaborés sous l'influence d'Arturo qui a des « occupations multiples et d'envergure terrestre » : « un circuit charpenté en fer au-dessus de la ville de Marseille pour améliorer la circulation et en souvenir de l'étau de fer qui enserre ma tête, allégorie relative à mon cerveau qui est devenu en quelque sorte une boîte à penser... », « prolongation des quais de la Joliette et de l'Estaque », « un pont sur la Manche ralliant la France et l'Angleterre, pour des raisons stratégiques, nous en tairons ici le concept. », « le détournement des fleuves pouvant amener l'eau dans les pays désertiques et les terres arides », « suppression du chômage par un moyen très ingénieux. Projet pour l'augmentation de la puissance et de la vitesse des moteurs et la création d'une compagnie d'autocars flottants. Considération sur la standardisation des travaux ménagers ».

Elle termine cet exposé en résumant ses vues : « renforcer notre union entre Arturo et moi, établir explicitement notre étroite collaboration ».

Dans un deuxième fascicule, plus intime, elle revient sur les raisons pour lesquelles elle a pu mériter l'amour « non plus de M. B..., mais celui du fils de Marie Stuart et de Georges V, c'est-à-dire du duc de Gloucester ».

« Je n'avais connu auparavant que Maurice R..., que j'ai aimé pendant plus de six ans d'un amour aussi grand que celui que je porte à Arturo actuellement. Il faut noter la différence que Dieu ne voulait point nous favoriser de sa grâce. »

Elle fit la connaissance de Maurice R..., en octobre 1940, dans un bureau où elle travaillait comme sténo-dactylo. Il était un homme comblé par les qualités physiques, il avait un charme remarquable. Nous n'avions de marques maritales ni l'un ni l'autre. J'en demeurais néanmoins sceptique, sa-

chant qu'il ne faut jamais s'attendre à trouver réuni chez la même personne un tel ensemble de qualités. Pourtant, un mois environ après, il voulut bien me considérer comme sa femme et nous parlions enfants..., quelques semaines après il me parla d'une personne à qui il tenait fort et qui sous peu viendrait lui rendre visite. Je crus ne pas avoir très bien compris, elle vint pourtant. Je fus profondément déçue... A partir de ce moment-là, je pris le parti de ne me considérer que comme sa secrétaire. Cette personne vint assez souvent, d'autres aussi. Elles étaient presque toutes jolies et avaient des allures de stars. Ce fut pendant un mois une véritable sarabande et j'en éprouvais des violents maux de tête... Je n'avais eu aucune notion, jusqu'à ce jour, de ce que pouvait être la vie trépidante d'un Don Juan de notre époque et je l'apprenais, si je peux dire, à mes dépens... En 1946, je préférais rayer M. R... de mon existence. » En conclusion du récit de cette déception elle note : « Est-ce donc pour ce fait d'avoir connu et aimé Maurice R... que je devais m'en trouver diminuée ? Est-ce qu'Arturo aurait cru en une toute jeune fille qui n'aurait été en réalité qu'une vile créature ? » Finalement elle fait participer, malgré sa déception, Maurice R... à sa vie nouvelle toute polarisée par ses relations mystiques avec Arturo : « Je crois que mon mari et Maurice R... sont de vieux amis d'enfance, on les voit même ensemble dans un film de Charlie Chaplin dans lequel on les devine tous deux fraîchement pourvus de poils au menton. Ils se sont, je crois, plus ou moins suivis dans leur vie comme dans leurs œuvres et se suivent actuellement de la meilleure façon possible. » « Faire ici la nomenclature de leurs multiples talents, d'écrivains, hommes de science, de lettres, musique, cinéastes, etc..., dépasserait le cadre de ce bref exposé. »

Voici enfin la dernière révélation qui s'est faite dans son esprit et qui harmonise parfaitement cette prolifération délirante : « J'ai pu comprendre seulement l'an dernier que mon frère ainsi que moi et Arturo nous étions les fils et filles de Marie Stuart et peut-être aussi du roi Georges V. Mon père serait un de ses fils aînés et ma mère Mme M.A., née S., serait une mère adoptive d'une parenté rapprochée. M. Maurice R... serait le fils de Mme M.A. et du roi Georges V. Quant à M. André L..., un client de mon père, à qui je trouvais qu'Arturo ressemblait étrangement, il serait le frère d'Arturo, duc de Gloucester, c'est-à-dire le duc de Kent. Je fais néanmoins toutes réserves sur ces affirmations qui n'auront une valeur à mes yeux que le jour où elles pourront m'être confirmées et désire que le lecteur qui lirait éventuellement ces lignes autre que mon mari, le duc de Gloucester, M. B... Jacques, veuille bien en prendre bonne note. »

En résumé, nous avons ici affaire à un délire chronique avec de très gros troubles de la personnalité physique et psychique, des hallucinations multiples et un ensemble de thèmes assez bien enchaînés : persécution, idées hypocondriaques, amour très idéalisé, grandeur, réformes, filiation princière.

On pourrait dire que ce délire entre dans le cadre de la paraphrénie si l'on entend par là qu'il a évolué pendant assez longtemps sur deux plans, celui de la construction « imaginative », d'une part, touchant assez peu l'activité sociale de la malade, d'autre part. Il n'y a en effet, pendant la période délirante que la réaction impulsive vis-à-vis du Commissaire de Police qui voulait l'expulser de son logement, et,

encore à cette époque, elle ne dévoile pas que cette persécution faisait partie d'un vaste ensemble dirigé contre elle et Arturo.

La systématisation relativement bonne du délire, malgré l'existence d'importants troubles de la personnalité à type de sentiments d'influence et d'action extérieure fait penser que ce délire évolue sur un « Moi » encore fort et qui ne présente pas de véritables signes de dissociation. Les réactions sthéniques que la malade a eues antérieurement sont aussi en faveur d'une constitution de base de type paranoïaque comme cela a été noté dans le certificat d'internement antérieur.

Il reste, cependant, qu'en raison de l'importance, de l'étendue, de l'absurdité des idées délirantes et en raison de leur développement rapide, semble-t-il, à partir d'une expérience première incommunicable d'effraction de sa personnalité et de communications avec une puissance cosmique extraordinaire, ce délire est tout à fait dans le style paranoïde.

Il nous semble, en conclusion, que l'opinion la plus juste touchant cette intéressante malade est peut-être celle du premier certificat qui, bien que manquant de la plupart des éléments séméiologiques, portait déséquilibre psychique sur fond paranoïaque. C'est en raison de ce terrain que nous avons vu se développer une évolution délirante schizophrénique d'allure un peu particulière.

Mais le fait vraiment remarquable est la réticence extrême de la malade, qui lui a permis de cacher l'ensemble de son délire pendant environ cinq ans, au point qu'il a pu passer à peu près entièrement inaperçu, alors que ses réactions caractérielles avaient nécessité déjà deux internements.

**Notes préliminaires sur un traitement rapidement efficace du delirium tremens,** par M. H. Daussy et M^lle^ J. Hervo [1].

Il s'agit de l'utilisation de l'extrait hépatique par voie intra-veineuse ; le traitement comporte des doses considérables injectées d'ordinaire en une seule fois par jour et, d'autre part, il ne comprend l'addition d'aucun autre médicament.

Les auteurs américains, Labby en 1947 et Ralli et collaborateurs en 1949, ont déjà utilisé des extraits de foie intra-veineux dans les traitements des cirrhoses alcooliques. Ils emploient des extraits aussi totaux que possible, simplement débarrassés des substances pyrogènes et des amines ou des esters toxiques dont l'injection peut éventuellement provoquer une chute alarmante de la tension. Ils pratiquent leurs injections à des doses progressivement croissantes en diluant l'extrait dans du sérum physiologique auquel ils ajoutent

(1) Hôpital psychiatrique de Pontorson.

parfois de la novocaïne à un pour cent et en injectant très lentement au rythme de 5 cc. par minute. Ils ont ainsi pu atteindre des doses thérapeutiques de 10 à 20 cc. d'extrait de foie dilué dans 50 cc. de sérum physiologique.

D'autres auteurs, dans les cirrhoses alcooliques, ont utilisé des extraits de foie totaux :

Millischer en 1950, Lemaire et collaborateurs en 1951, Aubertin et collaborateurs en 1951 et 1952 ;

en Italie, Del Gréco et Montenero en 1950 ;

en Allemagne, Knedel en 1951, Kipping, Kalk et Wildhirt en 1952 ;

en Autriche, Jasinski en 1953 ;

Nous citerons à la fin de cet article l'utilisation de la vitamine B12 par Lereboullet et Pluvinage.

Nous traitions jusqu'alors les alcooliques aigus par des techniques habituelles : strychnine, vitamine B1, et d'assez fortes doses d'extrait hépatique intra-musculaire (4 à 6 cc.). Nous avons été amenés à traiter par l'extrait hépatique intra-veineux à la suite d'un résultat saisissant obtenu par 20 cc. d'extrait hépatique intra-musculaire, injecté en deux fois chez un malade alcoolique, atteint de délire aigu et dont l'état général était si grave que nous songions à prévenir sa famille de venir l'emmener afin qu'il meure chez lui. La veille, le sujet avait reçu un cardiazol (injection de 10 cc.) pour tenter, en particulier, de lui faire absorber les aliments qu'il refusait. Le jour où nous lui avons fait deux fois de l'hépatrol intra-musculaire, il a reçu à nouveau 10 cc. de cardiazol intra-veineux. Le malade a été transformé le jour même dans son aspect physique et mental ; il s'est alimenté, la confusion s'est réduite en cinq à six heures ; des excoriations cutanées qu'il s'était faites se sont cicatrisées en deux à trois jours ; il a pris contact avec l'entourage dans la journée même avec facilité et, le lendemain matin, il n'y avait plus de confusion ni d'agitation. L'état général s'était, lui aussi, transformé, la température qui était autour de 38° s'abaissait vers la normale. Nous n'avons pas manqué de penser, le jour même et les jours suivants, que c'était le cardiazol qui avait guéri le sujet qui devait quitter l'hôpital une quinzaine de jours plus tard dans un état mental entièrement satisfaisant. Toutefois, par la suite, nous avons réfléchi qu'il n'avait eu que deux injections de cardiazol, ce qui a déjà pu donner des résultats spectaculaires dans d'autres cas, mais, cependant, nous ne pouvions pas nous empêcher de rapprocher ce cas de ceux que nous avions en mémoire où l'extrait hépatique à fortes doses, chez des vieillards en danger, au cours de maladies infectieuses, traités par des anti-biotiques, nous avaient aidés à les guérir de la maladie et du choc des traitements. Aussi, nous avons gardé le souvenir de l'extrait hépatique à fortes doses dans des cas inquiétants ; ceci nous a incités à entreprendre les traitements par de fortes doses d'extrait hépatique des delirium tremens qui nous arrivent par moments, plusieurs cas par semaine, et, d'entrée, nous

avons injecté à ces malades des doses élevées, par voie intra-veineuse. C'est qu'auparavant, nous avions eu l'occasion d'utiliser des doses progressives intra-veineuses d'extrait de foie chez deux déments précoces pour lesquels il nous était apparu utile de tenter une amélioration de la nutrition en même temps qu'ils recevaient un traitement à base d'or. Nous avions pratiqué des injections progressivement croissantes d'extrait hépatique, commençant par un cc. et augmentant d'un cc. tous les deux jours pour arriver à la dose de 12 cc. dans un cas et de 40 cc. dans un autre cas en une seule injection. L'injection était poussée lentement : six à sept minutes pour 40 cc. Le produit était additionné de la même quantité de sérum physiologique et il n'y avait, dans la seringue, aucun autre médicament.

Nous rapportons ici six observations d'alcooliques en état confusionnel aigu qui ont été traités par l'injection intra-veineuse de 50 cc. d'extrait hépatique ; celui-ci a été : ficalon ou hépatrol. Le ficalon (dont un cc. correspond à six grammes de foie frais et contient une quantité non dosée de vitamine B12). L'hépatrol (dont un cc. correspond à 30 grammes de foie frais et contient cinq micro-grammes de vitamine B12 (hépatrol « A »). Ces deux produits sont des extraits non totalement délipoïdés.

Dès leur arrivée, les malades, après la prise de sang pour les examens, ont reçu 50 cc. de l'extrait de foie, 25 cc. dans chaque seringue, augmenté de 25 cc. de sérum physiologique, assez souvent, un quart d'heure s'écoulait entre les premiers 25 cc. et les seconds, chaque 25 cc. d'extrait de foie étant poussés environ en cinq minutes. La même quantité d'extrait hépatique est injectée le lendemain et parfois le surlendemain, à l'exclusion de tout autre médicament. Dès le jour même et parfois dans les instants qui suivent l'injection, le malade se calme, le plus souvent il s'assoupit et s'endort. La trémulation disparaît, la température tombe, la diurèse se rétablit. La guérison a été obtenue avec deux à six injections seulement.

Le traitement a été bien supporté ; toutefois, il apparaît quelques réactions au cours de l'injection : malaise général, congestion du visage, dyspnée légère, accélération du pouls, soif vive, toux, céphalée. Nous avons pris la tension artérielle de nos malades immédiatement avant et après nos injections et nous avons remarqué presque à chaque fois une chute tensionnelles de deux à trois points portant sur la maxima et sur la minima. Un de nos malades présenta un léger état lipothymique, mais cet état de choc n'eût rien d'alarmant. La tension artérielle revient généralement au chiffre antérieur une demi-heure à trois quarts d'heure après les injections. Nous n'avons jamais associé de la novocaïne au sérum physiologique qui nous servait de véhicule. Les injections itératives n'ont pas provoqué un choc plus important que la première injection.

Les alcooliques aigus qui ont été traités étaient intoxiqués par l'eau-de-vie de cidre et par le cidre.

Observation n° 1. — M. C. V..., 49 ans, entré dans le service le 25 avril pour délire alcoolique suraigu et tremblements intenses. Il reçoit 50 cc. de ficalon intra-veineux additionné de 50 cc. de sérum physiologique ; il ne se produit aucun choc. L'amélioration du malade est immédiate ; il devient capable de se tenir debout et de répondre aux questions. Le soir, il reçoit encore 50 cc. de ficalon intra-veineux et autant le lendemain. Les trémulations ont complètement disparu. Cependant, la température oscille entre 37°4 et 38°3 jusqu'au 2 mai. Depuis, le malade est resté guéri ; il vient de sortir de l'hôpital psychiatrique.

Observation n° 2. — M. H. M..., 59 ans, entré dans le service le 1er mai pour accès alcoolique subaigu, avec confusion et agitation, tremblements accusés, mauvais état général. Reçoit 50 cc. de ficalon et 50 cc. de sérum physiologique les 1er et 2 mai. Dès le deuxième jour, cessation de tous les symptômes psychiques ; disparition du tremblement, sommeil calme ; l'après-midi, il lit le journal et parle.

Observation n° 3. — M. M. Ch..., 44 ans. Psychose alcoolique aiguë avec idées délirantes de jalousie très actives exprimées au milieu de l'agitation et des grossièretés. Injection d'hépatrol intra-veineux ; 50 cc. dès son arrivée, bien supportée. Le malade se calme presque immédiatement, se met à bâiller et s'endort. Il devient calme et sociable. Après trois jours du même traitement, le sujet n'exprime plus d'idées de jalousie, il est détendu et se maintient guéri.

Observation n° 4. — M. A. Fr..., 49 ans. Delirium tremens, mauvais état général ; agitation. Injection de 50 cc. d'hépatrol avec 50 cc. de sérum physiologique ; au cours de l'injection : congestion du visage, dyspnée, accélération du pouls. La tension artérielle, de 16-12 tombe à 13-8 ; dans la nuit, le malade vomit de la bile. Le lendemain, il est plus agité et trémulant ; la diurèse est mauvaise : un demi-litre d'urines en 24 heures. Pas d'albumine, mais traces de sucre. Confusion agitée durant trois jours, avec température au-dessus de 38°, trémulations persistantes. Après cinq injections, guérison stable.

Observation n° 5. — M. L. J... Delirium tremens, agitation intense ; hallucinations oniriques, zoopsies, trémulations généralisées. Reçoit le traitement durant cinq jours. Les injections déclenchent à chaque fois de la dyspnée et de la céphalée ; la chute de tension artérielle est peu appréciable ; le pouls s'accélère légèrement. Après des phases de calme et d'agitation onirique, la température reste au-dessus de 38°. Au bout de trois jours, guérison physique et mentale stable.

Observation n° 6. — M. M. Fr... Delirium tremens, agitation extrême, hallucinations, tremblements accentués. Etat général mauvais. Température : 39°4. Dès l'entrée, il lui est fait 25 cc. d'hépatrol intra-veineux. Le malade est choqué par la piqûre. Sa tension est tombée de 14-8 à 8-5, et ne remonte que lentement. L'état des veines empêche les intra-veineuses. Le traitement est poursuivi par 40 cc. d'hépatrol en intra-musculaire quotidien durant cinq jours. Guérison physique et mentale stable.

Qu'en sera-t-il du goût à boire lié dans une certaine mesure aux entraînements et à l'habitude, mais aussi aux dysfonctions hépato-nutritives ?

Peut-on espérer un bienfait durable de cette suspension ou de cette réduction brusque des insuffisances hépato-nutritives ?

Le traitement apporte sans doute à toute la nutrition la présence massive d'une fraction importante des éléments destinés à l'équilibre des humeurs et des échanges cellulaires en même temps qu'intervient une antitoxicité.

Il faut se demander si l'extrait hépatique total est indispensable ; Lereboullet et Pluvinage ont obtenu des guérisons rapides dans quelques cas de delirium tremens par mille micro-grammes de vitamine B12. Nous avons l'intention, dans les mois à venir, de comparer l'action de la vitamine B12 et de l'extrait hépatique intra-veineux, à hautes doses, chez les delirium tremens.

Actuellement, l'extrait de foie injecté intra-veineux, à hautes doses, nous donne des guérisons rapides, sans accidents au cours du traitement ni dans les jours qui suivent. Il apporte un bien-être au sujet dont l'état physique global se transforme dès les premiers jours et continue à s'améliorer après la cessation de cette médication de brève durée. Les moyens de contention, matériels ou chimiques, qui sont si absolument contre-indiqués, pourront être évités dans les services non spécialisés où le malade séjournerait ou passerait. Peut-être, au domicile même, le médecin sera-t-il en mesure d'effectuer le début du traitement. Une réduction notable de la durée d'hospitalisation paraît liée à l'application du traitement si la cure est poursuivie par l'encadrement psychothérapique familial et attentivement guidée par les services d'hygiène sociale.

### Discussion

M. M. Brissot demande aux présentateurs si l'emploi des injections intra-veineuses d'extraits hépatiques dans le traitement du délirium tremens leur a paru supérieur, comme résultats, à celui de la strychnine dans les mêmes cas. M. M. Brissot a traité, au cours de la guerre de 1939-1940 (centre neuro-psychiatrique de Besançon), près de 20 soldats de la Légion étrangère atteints de delirium tremens grave avec fièvre élevée, agitation intense, tremblement et onirisme. *Tous ces cas* ont guéri en trois à quatre jours par la strychnothérapie avec doses fortes de médicament (jusqu'à 0 gr. 15 de strychnine *pro die*).

D'autre part, M. M. Brissot estime qu'il ne faut pas confondre ces cas toujours sévères, comme pronostic, de délire alcoolique suraigu (delirium tremens), avec ceux beaucoup moins graves de délire alcoolique *subaigu*.

Enfin, l'emploi du cardiazol dans la thérapeutique du delirium tremens lui apparaît très dangereux chez des malades présentant un état fébrile élevé.

M. P. Cossa. — Depuis deux mois, j'ai pris l'habitude de traiter le delirium tremens en ajoutant à la strychnothérapie massive la médication anti-œdème. Delmas-Marsalet nous a, en effet, appris le rôle de l'œdème cérébral dans le delirium tremens. Je n'ai pas encore publié mes résultats, car j'es-

time qu'ici il faut une série assez longue, mais j'ai l'impression que la mortalité se trouve ainsi convenablement réduite.

M. Xavier Abély. — Les nombreux traitements préconisés contre l'alcoolisme aigu ne peuvent être jugés que lorsqu'ils sont appliqués à des cas très graves. Il y a entre le délire subaigu alcoolique et le delirium tremens la même différence qu'entre la confusion banale et le délire aigu. J'ai eu l'occasion de traiter un nombre considérable de cas authentiques par les thérapeutiques les plus variées. L'expérience m'a montré qu'elles doivent être largement combinées. Les injections d'extraits hépatiques à doses élevées sont certainement indispensables. La méthode utilisée par les auteurs est originale et fort intéressante. Mais je crains que, dans les formes les plus intenses, ses résultats soient insuffisants. Je me base, il est vrai, sur une conception peut être un peu trop théorique. Le delirium est, à mon avis, une intoxication devenue complexe, ayant débordé le cortex cérébral et atteignant le diencéphale. Dès lors apparaissent les symptômes secondaires dans le temps mais essentiels dans leur action, d'origine diencéphalique : troubles multiples, nerveux, métaboliques, vasomoteurs. La suppléance de la défaillance hépatique ne suffit plus, à elle seule, malgré son appoint antitoxique, pour juguler cet état évolutif. A ce stade, il faut lutter contre la lésion diencéphalique et ses conséquences par des substances chimiques et vitaminées variées, fournies à hautes doses.

## Epilepsie et syndrome confusionnel chronique pseudo-schizophrénique par sténose congénitale de l'aqueduc. Guérison par ventriculostomie, par MM. G. Heuyer, M. Feld et Mlle Juredieu.

Il n'est pas habituel que l'on puisse remonter d'un diagnostic psychiatrique à la lésion causale. Il est encore plus inhabituel que, par une intervention neuro-chirurgicale pathogénique, on obtienne la guérison radicale du syndrome mental. En vous exposant une telle observation privilégiée, nous vous ferons assister aux fluctuations du diagnostic psychiatrique ; puis à la découverte d'une sténose latente de l'aqueduc de Sylvius, verrou d'une hydrocéphalie ventriculaire considérable ; enfin à la guérison post-opératoire qui confirme le bien-fondé de la superposition anatomo-clinique que nous avions envisagée.

Observation. — Norbert L... est né en juin 1938 au terme d'une grossesse sans incidents. Accouchement naturel, cri immédiat, poids 3 kg. 500. Son père est décédé en 1944 de tuberculose osseuse. Sa mère, remariée quelques années plus tard, a eu deux autres garçons. Un de ceux-ci a été examiné à 3 ans, en novembre 1950, pour débilité intellectuelle légère, instabilité psycho-motrice, colères impulsives.

Dans les deux lignées des procréateurs de Norbert, on relève plusieurs cas de convulsions infantiles et d'épilepsie chronique.

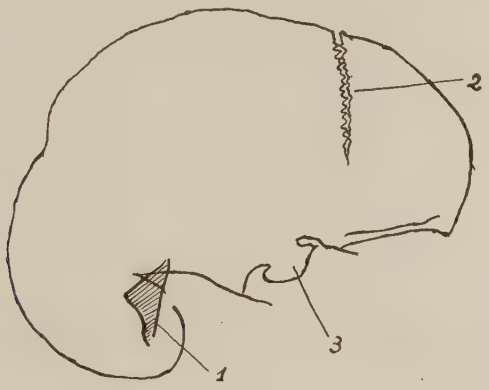
Le développement psycho-moteur de l'enfant s'est déroulé dans les délais normaux. A 4 mois, cependant, notre malade aurait présenté, d'après sa mère, un épisode fébrile idiopathique d'une durée de 8 jours, sans mani-

festation convulsive aucune. Plus tard, il a eu les oreillons et la rougeole sans complications. A 10 ans, l'enfant a présenté une incontinence d'urines diurne épisodique, qui n'a pas été prise en considération et n'a pas motivé un examen médical.

Norbert était un enfant d'intelligence éveillée, d'adaptation sociale aisée. L'irrégularité de ses débuts scolaires paraît être en rapport avec les circonstances familiales.

Il fréquentait le lycée d'Auxerre lorsqu'en juin 1950 il fait inopinément une première crise d'épilepsie : en rentrant du lycée, il perd conscience, tombe, présente des mouvements cloniques du membre inférieur gauche. La reprise de conscience, après 5 minutes environ, est accompagnée d'asthénie et de céphalées diffuses et révèle une lacune amnésique totale.

C'est à l'occasion de la deuxième crise d'épilepsie, début novembre 1950, que l'enfant est examiné par l'un de nous. Son examen psychique ne montre ni retard, ni anomalies notables. L'interrogatoire est facile, l'attitude,




la mimique sont normales, les réponses pertinentes bien adaptées. Le niveau d'intelligence aux tests de Binet et Simon est supérieur à 12 ans ; le niveau de scolarité dépasse celui du certificat d'études primaires. L'examen neurologique est négatif. Le développement statu-pondéral est normal. On note cependant une cryptorchidie droite, une microrchidie gauche et surtout une augmentation du volume cranien (périmètre : 60 cm.).

L'électro-encéphalogramme (Dr A. Lerique) montre des ondes lentes et pointues diffuses, prédominant sur les dérivations postérieures, augmentées par l'hyperpnée. Ce tracé de grand mal fait instituer un traitement anticomitial.

Une nouvelle crise se produit en mai 1951. Cependant, l'enfant poursuit ses études secondaires au lycée d'Auxerre, puis au lycée Montaigne à Paris, pendant l'année scolaire 1951-1952.

En juillet 1952, l'enfant présente de la fièvre et des troubles digestifs. Cet épisode aigu, considéré d'abord comme anodin, devient rapidement inquiétant par le caractère insolite, tenace et progressif des troubles psychiques. L'asthénie initiale se mue en une obnubilation croissante. L'enfant est confus, désorienté, inerte. Il repose sur son lit, indifférent à son entourage, refuse de se laver, de se nourrir. Il n'exprime ni besoin, ni désir, pro-

nonce seulement de rares paroles incohérentes. Les sphincters sont incontinents. Sur ce fond de parasomnie viennent se greffer plusieurs crises d'épilepsie psycho-motrice typiques.

L'examen neurologique reste négatif. Pendant tout l'été 1952, le syndrome psychique demeure, non sans présenter des fluctuations irrégulières entre

Fig. 1 (encéphalographie gazeuse de profil avec schéma). — La pneumo-encéphalographie par voie lombaire montre l'image suspendue du IVe ventricule dans la fosse postérieure. Le reste du système ventriculaire est invisible, tandis que l'espace sous-arachnoïdien apparaît normalement injecté. 1 : IVe ventricule ; 2 : selle turcique évasée ; 3 : suture coronale disjointe.

des améliorations sensibles de la conscience et des reprises de la parasomnie avec aggravation de la confusion mentale.

Aussi le 9 octobre 1952, l'enfant est-il hospitalisé à la clinique de psychiatrie infantile. Le syndrome psychique est différent ; à la parasomnie s'est substituée une attitude catatonique : inertie, conservation des attitudes, stéréotypies gestuelles, physionomie figée, avec de rares sourires stéréotypés. Les réponses sont difficilement obtenues à l'interrogatoire. Elles permettent cependant d'évaluer un niveau mental normal (quotient intellectuel : 98 aux tests de Terman). On suspecte des hallucinations auditives, que l'on parvient à isoler : le malade entend les propos que lui tient, les conseils que lui donne la voix d'une jeune fille qu'il a connue au lycée d'Auxerre.

L'examen neurologique ne peut retenir qu'un léger tremblement lingual et palpébral. Le développement pubertaire est en cours. Le fond d'œil est

Fig. 2 (légende commune avec la figure 3)

Fig. 2 et 3 (légende commune). — La ventriculographie directe met en évidence une dilatation considérable, symétrique, des deux ventricules latéraux. Vue de face des deux carrefours ventriculaires (incidence oblique postérieure) et silhouette ventriculaire de profil.

normal le 17 octobre 1952. L'électro-encéphalogramme ne montre plus aucune anomalie de type épileptique ; il reste anormal par l'existence d'ondes aiguës diffuses et d'un rythme rapide sur les dérivations antérieures.

Les radiographies du crâne ajoutent à la macrocéphalie cliniquement constatée des petits signes diffus de distension cranienne : de face, crâne sphérique avec soufflure des écailles temporales et impressions digitiformes

Fig. 3 (légende commune avec la figure 2)

bilatérales ; de profil, ébauche de disjonction des sutures coronales, usure de la lame quadrilatère avec disparition des apophyses clinoïdes postérieures.

Une pneumo-encéphalographie est alors pratiquée. Dans le liquide céphalo-rachidien on trouve : albumine, 0,22 ; lymphocytes, 8,2 ; glucose, 0,81 ; Bordet-Wassermann, négatif ; recherche de bacille de Koch, négative.

Les clichés montrent des anomalies considérables : si l'espace sous-arachnoïdien est bien injecté dans son ensemble, il montre une atrophie de la partie frontale de la circonvolution limbique droite ; le système ventriculaire par contre n'est pas injecté, hormis le seul quatrième ventricule, dont l'image triangulaire apparaît suspendue solitaire dans la fosse postérieure. Cet aspect est évocateur d'une sténose de l'aqueduc.

Le 17 novembre 1952, l'enfant est transféré dans le service de neuro-chirurgie de l'hôpital de Lariboisière. Un examen ophtalmoscopique montre des dilatations veineuses bilatérales, mais des contours papillaires nets. Une ventriculographie montre une énorme dilatation des ventricules latéraux ; malgré le remplissage imparfait du troisième ventricule, le diagnostic d'hydrocéphalie obstructive peut être établi ; celui de sténose de l'aqueduc est confirmé.

Une ventriculostomie sus-optique est faite, le 18 novembre 1952 (Dr Feld), par volet frontal droit. La découverte de la région chiasmatique par voie sous-frontale conduit sur des nerfs optiques très courts, une lame sus-optique extrêmement distendue, que l'on perfore largement. Pendant la seconde moitié de l'intervention se produisent deux crises d'épilepsie généralisée, rapidement jugulées par l'injection de 1 gr. de bromure intra-veineux et 0 gr. 10 de gardénal sodique intra-musculaire.

Les suites opératoires sont des plus simples. Le 10 décembre 1952, l'enfant est transféré à la clinique de psychiatrie infantile pour un nouveau bilan psychique. Mais on a pu noter, dès la fin novembre, la disparition de l'énurésie et de l'eucoprésie, la transformation de son attitude par l'intérêt qu'il porte au milieu extérieur. Au 20e jour, il se lève, recommence à marcher, fait seul sa toilette.

Toute trace de catatonie a disparu. Au cours des interrogatoires il se montre calme, éveillé, bien orienté. Les réponses sont pertinentes. Un test de Wechsler montre un quotient intellectuel aux environs de 94. Les hallucinations auditives se sont complètement effacées ; l'enfant en a gardé le souvenir assez précis, sans toutefois pouvoir en rappeler le contenu. Il n'a aucun trouble neurologique.

L'examen ophtalmoscopique révèle, le 12 décembre 1952, un œdème papillaire bilatéral, qui ira en diminuant aux examens de contrôle suivants.

L'enfant quitte l'hôpital le 14 janvier 1953, avec une prescription de 0 gr. 05 de gardénal par jour.

Au cours d'un dernier examen, fin avril 1953, l'un de nous a pu constater la consolidation de la guérison et noter l'absence de toute nouvelle crise d'épilepsie. L'œdème papillaire a disparu.

Il nous paraît nécessaire de résumer les principaux faits de cette observation, avant d'en donner l'interprétation.

1) L'évolution clinique nous a mis en présence d'un garçon de 12 ans, qui a fait deux crises récentes d'épilepsie, apparemment essentielle, espacées de cinq mois. En fouillant dans ses antécédents personnels, on retrouve un épisode d'hyperthermie *sine materia* survenu à l'âge de quelques mois, puis un épisode d'incontinence diurne d'urines, qui était peut-être un équivalent épileptique. Les antécédents familiaux évoquent une double lignée comitiale. Seule la macrocé-

phalie jette, à l'époque, une touche discordante sur ce canevas d'épilepsie familiale. Signe cliniquement isolé, elle n'en est pas moins l'expression directe de la lésion cérébrale méconnue.

2) Pendant une période de deux ans (1950-1952), l'enfant est considéré et traité comme épileptique, non sans succès apparemment puisqu'une seule crise d'épilepsie se produit durant ce temps. Cependant des troubles psychiques graves apparaissent au décours d'un épisode fébrile. Un accès de confusion mentale est tout d'abord invoqué. Mais la persistance et l'aggravation des troubles psychiques pendant les trois mois suivants, la coexistence d'un habitus catatonique avec des hallucinations auditives font envisager un début de schizophrénie.

Le diagnostic ne quitte le terrain psychiatrique pour aller à la recherche de la lésion cérébrale que grâce aux examens radiologiques simples et contrastés.

3) La découverte d'une hydrocéphalie ventriculaire par sténose de l'aqueduc implique la sanction chirurgicale, qui efface, d'un coup d'éponge, l'ensemble des manifestations psychiatriques. On assiste aux étapes successives du diagnostic lésionnel à travers les examens radiologiques pratiqués : les radiographies simples montrent les signes d'hypertension intra-cranienne chronique de cette macrocéphalie ; l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire révèle l'obstruction de l'aqueduc ; la ventriculographie directe dessine l'étendue de l'hydrocéphalie interne. Il convient de remarquer que l'encéphalographie par voie lombaire peut, dans des cas analogues d'hydrocéphalie bloquée, comporter un risque vital et qu'il vaut mieux recourir d'emblée à la ventriculographie directe s'il y a, comme dans ce cas, suspicion d'hydrocéphalie ancienne.

4) Il nous faut insister sur l'apparition retardée d'œdème papillaire, qui est découvert dans les suites opératoires immédiates, alors que le fond d'œil s'est montré normal avant l'intervention.

L'œdème papillaire confirme rétrospectivement la poussée d'hypertension intra-cranienne, dont le syndrome psychiatrique a été la manifestation clinique. Il s'est constitué plus lentement, de même qu'il a rétrocédé plus lentement, que le syndrome psychiatrique. Un décalage analogue dans le temps peut se voir dans d'autres syndromes d'hypertension intra-cranienne, d'étiologie différente, dans les hématomes sous-duraux chroniques en particulier.

5) Nous avons publié, à la Société de neurologie, en janvier 1947, un cas de nanisme hypophysaire par sténose latente de l'aqueduc qui a été, comme le cas présent, une découverte radiologique. Il est curieux et instructif de constater le polymorphisme clinique de ces hydrocéphalies congénitales et l'éclectisme des manifestations cliniques révélatrices.

On peut conclure, sans entrer dans le détail des interprétations physio-pathologiques qui feraient appel à une trop large participa-

tion d'hypothèses, que toutes les manifestations neuro-psychiatriques présentées successivement par notre malade sont dues à des troubles hydrodynamiques évoluant, par soudaines poussées, à l'intérieur de cette hydrocéphalie ventriculaire longtemps équilibrée. Les manifestations épileptiques sporadiques, les troubles de la thermo-régulation, les troubles de la fonction vigile, finalement le syndrome psychiatrique évocateur de schizophrénie ont été la traduction clinique des incidents hydrodynamiques cérébraux.

## Syndrome de régression mentale vers l'époque préinfantile avec accidents neurologiques de décérébration à la suite d'un coma prolongé non hypoglycémique au cours d'une cure de Sakel chez une schizophrène de 28 ans, par MM. L. Singer, R. Ruch, L. Israël et R. Durand de Bousingen [1].

Les comas prolongés, au cours des cures de Sakel, ont été bien décrits par plusieurs auteurs, en particulier par P. Abély et Ch. Feuillet, par P. Cossa, R. Agid et Dalaise, par Bergeron et Chertok, etc... L'observation, que nous nous proposons de rapporter, tire son intérêt des résultats des investigations psychologiques, neurologiques, électro-encéphalographiques et radiologiques que nous avons pu mener simultanément.

La malade, une schizophrène paranoïde de 28 ans, est soumise à la cure de Sakel après l'échec d'une série d'électrochocs. 120 unités d'insuline administrées à 6 heures du matin, provoquent le coma classique vers 10 heures avec une glycémie à 0 gr. 42 ‰. Au cinquième coma, qui se déroule normalement, la malade est resucrée à 10 heures par sonde et par injection intraveineuse de glucose hypertonique. Elle reprend normalement conscience, mais elle refuse toute alimentation, et à 16 heures elle retombe progressivement dans le coma qui va durer huit jours et qui sera suivi d'un état de léthargie s'étendant sur trois mois.

1) *Description du coma* (6 juin 1951-14 juin 1951). — Coma profond avec cependant quelques rares réponses au pincement, sueurs profuses, respiration stertoreuse, tachycardie et hyperthermie. Signe de Babinski bilatéral et aréflexie ostéo-tendineuse totale. Glycémie, 1 gr. 5 ‰. La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien contenant 40 cellules dont 85 % de polynucléaires avec une glycorachie de 1 gr. 20 ‰ et une pression d'environ 20 cm. d'eau au manomètre de Claude en position assise. Le fond d'œil est normal.

*Tracé électro-encéphalographique* au cours du coma. Enregistrement à neuf électrodes selon la technique de Grey-Walter, utilisée pour les examens habituels. Les tracés sont pratiquement symétriques. Le rythme alpha

(1) Travail de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg : Directeur : Professeur E. Gelma.

physiologique est presque complètement absent. Ce n'est qu'incidemment qu'on relève une ou deux onde alpha qui apparaissent entre d'autres rythmes plus lents occupant une grande partie du tracé. Ces rythmes lents ne sont pas systématisés et ils sont le plus souvent de la bande thêta, mais non pas d'une fréquence ni d'une amplitude stable. Entre ces phases surviennent les bouffées d'ondes delta, monomorphes, bilatérales, synchrones, à 2,5-3 c./s. à prédominance frontale en trains de 3 à 30 secondes. On n'a pu pratiquer la réaction d'arrêt. Mais, par contre, aux stimulations auditives et lumineuses intermittentes, il n'y a pas eu de réponse. Les différentes phases du tracé continuent à se succéder périodiquement.

En conclusion, il s'agit d'une activité désorganisée sur laquelle apparaît par moment un rythme de souffrance diencéphalique très important, avec absence totale de l'activité cérébrale physiologique. L'hypothèse de « diencéphalite » est plausible.

2) *L'état de léthargie* (14 juin 1951-4 septembre 1951). — Il apparaît huit jours après le début du coma et dure trois mois. La malade semble plongée dans un sommeil léger, elle réagit aux pincements, entr'ouvre les yeux, mais son regard est vague. Elle ne suit pas les objets présentés et retombe aussitôt dans son sommeil. Ses membres et son corps sont animés de mouvements involontaires : la malade soulève le membre supérieur droit, passe la main sur sa tête, puis le repose en flexion sur sa poitrine. Le membre supérieur gauche, quelques instants après, imite ce mouvement, pour revenir à la même position. Ces mouvements sont rythmés, mais au repos les deux membres supérieurs sont en flexion sur la poitrine, alors que les membres inférieurs restent immobiles et en extension. On note des mouvements athétosiques des mains. Au pincement, c'est toujours le membre supérieur droit qui s'élève et qui déclenche l'ensemble des mouvements décrits. La malade, en opisthotonos, a une hypertonie musculaire généralisée. Les réflexes ostéo-tendineux, abolis pendant la phase comateuse et réapparus ensuite aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs, sont vifs et le réflexe cutané plantaire, auparavant en extension, est maintenant en flexion des deux côtés.

*L'encéphalographie gazeuse*, pratiquée à cette période, ramène 180 cc. d'un liquide eau de roche avec une pression d'environ 40 cm. d'eau au Claude en position assise, avec 1,2 cellules par $mm^3$ au premier tube et 12,8 lymphocytes au troisième tube. Les autres résultats, chimiques et sérologiques, sont normaux. Les clichés montrent qu'une importante qantité d'air a passé à la périphérie, mais les ventricules sont pratiquement invisibles.

3) *Le premier stade après l'état de léthargie* (5 septembre 1951-10 septembre 1951). — La malade, indifférente à l'examen, est assise dans son lit, regardant avec étonnement autour d'elle, tournant la tête en soupirant quand on l'appelle et bredouillant un langage incompréhensible. Elle est inaccessible et son faciès est figé, quoique par moments on note une ébauche de sourire. Elle pleure quand elle a faim et porte tous les objets d'une manière maladroite à sa bouche. Elle est incontinente. Les mouvements involontaires ont disparu ainsi que les signes neurologiques décrits plus haut.

*L'enregistrement électro-encéphalographique*, du 12 septembre 1951, montre un rythme alpha physiologique, régulier, symétrique et bien modulé,

qui occupe presque tout le tracé avec une amplitude et une répartition normales. La réaction à l'ouverture et à la fermeture des yeux est correcte. L'hyperpnée bien exécutée ne modifie en rien le tracé. Il n'y a plus d'ondes lentes monomorphes. Tout au plus relève-t-on quelques rares et discrètes bouffées d'ondes thêta dans les dérivations centrales.

Il s'agit en conclusion d'un tracé pratiquement normal.

4) *Deuxième stade* (octobre-novembre 1951). — Au test de Binet-Simon la malade a un âge de base de 3 ans et un âge réel de 4 ans et deux mois ; elle ne réussit aucune épreuve au-dessus de 5 ans. Il existe de l'intoxication par le mot dans les quelques petites phrases qu'elle arrive à prononcer. Elle compte jusqu'à 24, s'alimente elle-même, n'est plus incontinente et les mouvements de ses mains sont plus précis et plus harmonieux.

5) *Troisième stade* (novembre 1951-janvier 1952). — Le test de Binet-Simon révèle un âge de base de 5 ans et un âge réel de 5 ans 8 mois. Plus accessible et moins indifférente, la malade est désorientée dans le temps et dans l'espace, avec de gros troubles de la mémoire. Elle reconnaît les objets, dit quelques mots, ne distingue pas les couleurs, ne saisit pas les heures au test de l'horloge, ni les ordres même simples et ne distingue pas la droite de la gauche. L'écriture spontanée, dictée et copiée, est profondément altérée et il existe une apraxie idéo-motrice et constructive.

6) *Quatrième stade* (janvier-février 1952). — Au test de Binet-Simon l'âge de base est de 6 ans et l'âge réel de 7 ans et quatre mois. Les fonctions mémorielles sont relativement plus touchées que le jugement. La malade ne réussit plus aucune épreuve de 10 ans. Persévération incessante des mêmes mouvements.

*L'encéphalographie gazeuse* ramène un liquide céphalo-rachidien eau de roche à pression normale avec 1,6 lymphocytes au premier tube et 36 lymphocytes au troisième tube. Les examens chimiques et sérologiques sont normaux. On a retiré 180 cc. de liquide et les clichés montrent une dilatation ventriculaire symétrique avec sillons corticaux accentués.

*En février 1952* la malade est transférée dans un hôpital psychiatrique de la région. En juillet 1952 elle est moins ralentie, a repris une activité utile dans le service, mais avec peu d'initiative et peu d'intérêt. Il subsiste un certain degré de viscosité mentale avec pénurie et persévération idéiques. L'aspect est un peu figé, le faciès morne et amimique, il existe un tremblement discret des doigts, une vivacité générale des réflexes. La mobilisation passive des membres est légèrement saccadée sans contracture appréciable.

La malade est examinée en août 1952 par les services de psychologie du centre psychothérapique de Nancy. Au test de Binet-Simon son âge mental est de 10 ans, au test de Wechsler-Bellevue elle a un quotient intellectuel de 61 : elle se présente donc aux examens testuels comme une légère débile. La détérioration mentale est vraisemblable, mais non certaine (16 % à l'échelle de Wechsler-Bellevue). Le protocole de Rorschach est pauvre avec peu de réponses à prédominance D Dd, la vision des formes est mauvaise, la succession relâchée. De type coarté, la malade extériorise des réponses position, des persévérances anatomiques, des rejets de planche. Cette forme de réactivité fait penser à une forme démentielle simple d'un processus schizophrénique.

Le métabolisme de base est de — 37,8 % et avec un traitement thyroïdien

et quelques électrochocs on obtient une nette amélioration. La malade a réintégré le foyer familial, mais, en mars 1953, elle est totalement apragmatique, indifférente et adynamique.

Commentaires de l'observation. — Le coma s'est installé après une période de lucidité de quelques heures et alors que la glycémie était de 1,5 ‰, ce coma fut suivi d'une longue période de léthargie avec des signes neurologiques du syndrome de décérébration avec association de mouvements involontaires des membres supérieurs. L'encéphalographie gazeuse, pratiquée simultanément, montra qu'il existait déjà des lésions encéphalitiques et une dilatation ventriculaire. L'électro-encéphalographie révéla une nette activité de souffrance basale pendant le coma, avec disparition complète des rythmes physiologiques. On est ainsi tenté de superposer cette activité électrique à la libération des centres basaux mis en évidence par la clinique.

Le syndrome schizophrénique paranoïde, avec agitation catatonique, dissociation et idées délirantes de persécution, a fait place à la forme simple de la démence précoce où l'indifférence et l'apragmatisme sont les signes dominants.

L'atrophie cortico-sous-corticale, mise en évidence par l'encéphalographie gazeuse, refaite en pleine récupération psychologique, n'entrava pas les progrès psychologiques qui *suivirent une progression assimilable aux courbes de croissance de l'enfant,* mais présentant une inclinaison plus prononcée, avec un plateau terminal à dix ans, niveau certainement très proche de celui antérieur à la maladie. Le test de Rorschach montre, malgré l'amélioration clinique de la malade, la persistance des signes de la série schizophrénique.

### Discussion

M. M. Caron. — J'ai eu l'occasion d'observer des accidents analogues, dans leurs traits essentiels, à ceux qui viennent de nous être rapportés.

Il s'agissait d'une malade de 32 ans, schizophrène non catatonique, chez qui on reprenait pour la troisième fois la cure de Sakel. Les accidents survinrent après le sixième coma. C'est également après réveil normal et alimentation que la malade retomba dans le coma vers 14 h. (la glycémie restant normale). Une demi-heure après le début de ce coma apparurent des apnées, qui cédaient à de brèves manœuvres de respiration artificielle d'abord, à l'oxygène quand on eut fait venir l'appareil. Mais ces apnées se reproduisaient toutes les deux ou trois minutes. En même temps se manifestèrent des mouvements automatiques analogues à ceux qui viennent de nous être décrits, avec attitudes hypertoniques des quatre membres.

On fit d'abord des injections de sulfate de magnésie hypertonique, de lobéline, de calcium, une saignée, une ponction lombaire avec insufflation. Finalement, les accidents respiratoires apparaissant en rapport avec les manifestations hypertoniques et déclenchés souvent par les excitations sensorielles occasionnelles, on se cantonna dans un traitement sédatif par gardénal, tout en surveillant la pression artérielle, dont la maxima se tenait entre 8 et 9 cm. et en la relevant par pressyl, etc...

La malade resta dans un état de torpeur semi-comateux pendant plusieurs jours. Elle en fut tirée spectaculairement par une injection intra-veineuse d'alcool. On constata alors, comme chez la malade de MM. Singer et collaborateurs, une régression mentale avec attitude extrêmement puérile ; comme leur malade, la nôtre, au début, portait à sa bouche les objets qu'on lui présentait. Petit à petit elle revécut des stades infantiles successifs, parlant de son papa qui lui donnait la fessée, etc...

Les apnées s'espacèrent au bout d'une semaine, réapparaissant à l'occasion des manœuvres de changement de linge, par exemple. Ce n'est qu'après plus de trois semaines qu'elles cessèrent. Alors que l'on croyait ces accidents terminés et que la malade commençait à se lever et à s'alimenter, une nouvelle complication apparut (l'insulinothérapie n'avait évidemment pas été reprise) ; la malade déclara se sentir mourir, demandant dramatiquement secours, et entra dans un état d'aspect agonique. Une injection intra-veineuse de calcium l'améliora notablement, mais les apnées reprirent et demandèrent encore plusieurs semaines de surveillance armée, cédant moins facilement à l'oxygène, mais plus espacées que les premiers jours. Un troisième épisode du même ordre évolua encore au bout de quelques semaines, l'ensemble de ces complications portant en tout sur plus de deux mois. L'état mental de régression infantile n'avait accompagné que la première série d'accidents, et un peu la seconde, soit une durée d'environ un mois. A la fin, en retrouvant ses souvenirs, la malade avait évoqué des traumatismes affectifs d'ordre sexuel relativement récents. On aurait pu espérer, après un tel remaniement de la personnalité, une amélioration finale de l'état mental de la malade. Il n'en fut rien, elle redevint, après ces deux mois, semblable à ce qu'elle était avant le traitement.

Cette observation comporte ainsi, comme celle de MM. Singer et collaborateurs, une symptomatologie de décérébration, accompagnée d'une régression psychique aux stades infantiles. Elle en diffère par l'existence d'accidents respiratoires graves et prolongés, l'évolution à rechutes terminée seulement après plus de deux mois, l'absence d'anomalies du liquide céphalo-rachidien.

## Un cas de coma insulinique prolongé au cours d'une cure de Sakel traité et guéri par hibernation. Constatations électro-encéphalographiques, par MM. P. Picard, R. Le Bras et P. Navarranne (médecins de la marine).

En présentant un cas de coma insulinique prolongé guéri par hibernation, nous ne prétendons pas à la nouveauté : deux auteurs toulousains, Campan et Parant, ont, en effet, publié récemment le premier succès de cet ordre.

Le présent travail nous permet de confirmer la valeur thérapeutique de la méthode et de soulever quelques problèmes pathogéniques.

Observation. — Le matelot B... est admis à l'hôpital pour troubles du comportement qui évoluent depuis quelques semaines et évoquent un début de syndrome dissociatif avec éléments hallucinatoires. Nous décidons de pratiquer une cure de Sakel. Après 16 injections préalables, le malade pré-

(1) Travail du service de neuro-psychiatrie de l'hôpital maritime de Sainte-Anne, Toulon.

sente son premier coma, consécutif à l'injection de 80 unités d'insuline. Au deuxième coma, le *18 mars 1953*, nous sommes appelés vers 11 h. 30 par les infirmiers qui ne parviennent pas à réveiller le malade, en dépit d'une injection intra-veineuse d'à peu près un litre de solution glucosée hypertonique. Nous trouvons ce matelot dans un état de grande agitation, coupée de crises de contractures toniques et de mouvements alternatifs de rotation de la tête à droite et à gauche ; le visage est violacé, une écume abondante s'écoule des lèvres, mais nous ne constatons pas de signes d'œdème pulmonaire aigu.

A 12 heures, nous pratiquons, comme le conseille Delay, une pneumo-encéphalographie thérapeutique et nous injectons 80 cc. d'oxygène : une amélioration transitoire survient ; le malade devient plus calme pendant quelques instants, puis l'agitation reprend ainsi que les crises de raideur avec contracture en flexion du membre inférieur gauche et en extension du membre supérieur droit.

Devant l'échec relatif de ce traitement, nous pensons à une hypertension cérébrale et nous injectons 20 cc. de solution hypertonique non sucrée (sulfate de magnésie à 15 %) à laquelle nous avons ajouté 5 mgr. de strychnine et 10 cgr. de vitamine B1. Nous répétons l'injection à 14 heures. Les crises de contracture paraissant augmenter, nous avons alors recours à un traitement purement symptomatique et prescrivons l'injection de 20 cgr. de solu-gardénal. Dans l'intervalle, un dosage de la glycémie ayant décelé un taux de 0,50 %, nous injectons de nouveau, à 15 h. 30, 100 cc. de sérum glucosé hypertonique. La température axillaire est alors à 38°5. Le malade s'est légèrement calmé après le gardénal, mais l'état général est sensiblement le même et reste extrêmement grave. Nous n'avons pas pu examiner le fond d'œil.

Vers 17 heures, l'anesthésiste-réanimateur de l'hôpital (Dr Vialard), qui voit le malade par hasard, nous propose de commencer une hibernation : nous acceptons cette suggestion. Avant ce traitement, l'état général est alors le suivant.

*18 avril (17 heures) :* température rectale 38°9. Pouls 84. Tension artérielle 14-6, indice 10. Respiration, 24 par minute, stertoreuse, mais sans anomalie du rythme ni signes d'œdème aigu pulmonaire. Visage cyanosé, écume aux lèvres, phases d'agitation coupées de contractures toniques. Réflexes cornéens abolis (depuis le début des accidents). Babinski net à droite, réflexe cutané plantaire en flexion à gauche ; malade incontinent depuis la matinée.

L'hibernation est donc commencée à 17 heures : perfusion intra-veineuse de dextran dans laquelle on pousse, de quart d'heure en quart d'heure, 2 cc. du mélange : phénergan 2 cc., dolosal 2 cc., largactil 2 cc (« cocktail lytique $M_1$ »). L'agitation et les contractures cessent au quatrième centimètre cube ; le pouls est à 120°, la respiration à 20 par minute, la tension artérielle à 12-6 et la température à 38°. Le malade est si calme qu'on peut aussitôt pratiquer un électro-encéphalogramme sans la moindre difficulté.

*Premier tracé électro-encéphalographique* (pratiqué quelques minutes après le début de l'hibernation) : altération profonde des tracés avec disparition de toute activité physiologique, tout le scalp est le siège d'une activité électrique anarchique : grandes ondes lentes delta polymorphes à 0,5, un et deux c./s. Quelques éléments thêta à 4 c./s., crénelés de rythmes rapides en région postérieure. Cette dysrythmie polyrythmique s'accompagne

d'une dépression considérable de l'électrogénèse. Pas de focalisation notable. Conclusion : souffrance cérébrale généralisée (figure 1).

*Nous continuons l'hibernation* en injectant par voie intra-veineuse un mélange de sérum physiologique, un litre, de phénergan, largactil, dolosal (2 cc. de chaque), vitamine B1, vitamine B6 (100 mgr. de chaque) ; 2 cc. de pronestyl sont passés dans le tuyau de perfusion en une seule fois. Quatre sacs de glace sont placés aux aisselles et aux triangles de Scarpa. La température atteint dans la nuit 36° et on commence à voir apparaître quelques frissons. Vers le matin, on ôte les sacs de glace.

*19 mars à 8 heures :* la respiration, stertoreuse, est à 16 par minute, l'aspect général est bon, le malade est calme, les lobules de l'oreille et les lits unguéaux ont une coloration rosée. *La température est à 35°8.*

Nous perfusons alors assez rapidement (en une heure) par voie intraveineuse, 0 l. 500 de sérum physiologique contenant le même « cocktail lytique $M_1$ » : les vessies de glace sont de nouveau placées aux mêmes régions que la veille. La température se maintient à 35°8. *Le réflexe cornéen réapparaît.*

*A 11 heures,* un nouvel électro-encéphalogramme est pratiqué : activité thêta continue, bilatérale, symétrique, synchrone, à 6 c./s., répartie sur tout le scalp ; quelques bouffées plus lentes et plus amples à 5 c./s. Conclusion : amélioration considérable des tracés par rapport à la veille ; il existe encore une souffrance méso-diencéphalique, mais l'activité électrique, maintenant structurée, témoigne de la mise en jeu des mécanismes régulateurs (figure 2).

*A 14 heures :* nouvelle perfusion intra-veineuse du même cocktail. Température 35°8. Respiration, 13 par minute. Bon aspect général ; sécheresse des muqueuses. Dans la soirée, le malade sort de son coma, répond aux incitations fortes et suit des yeux les gestes de l'entourage.

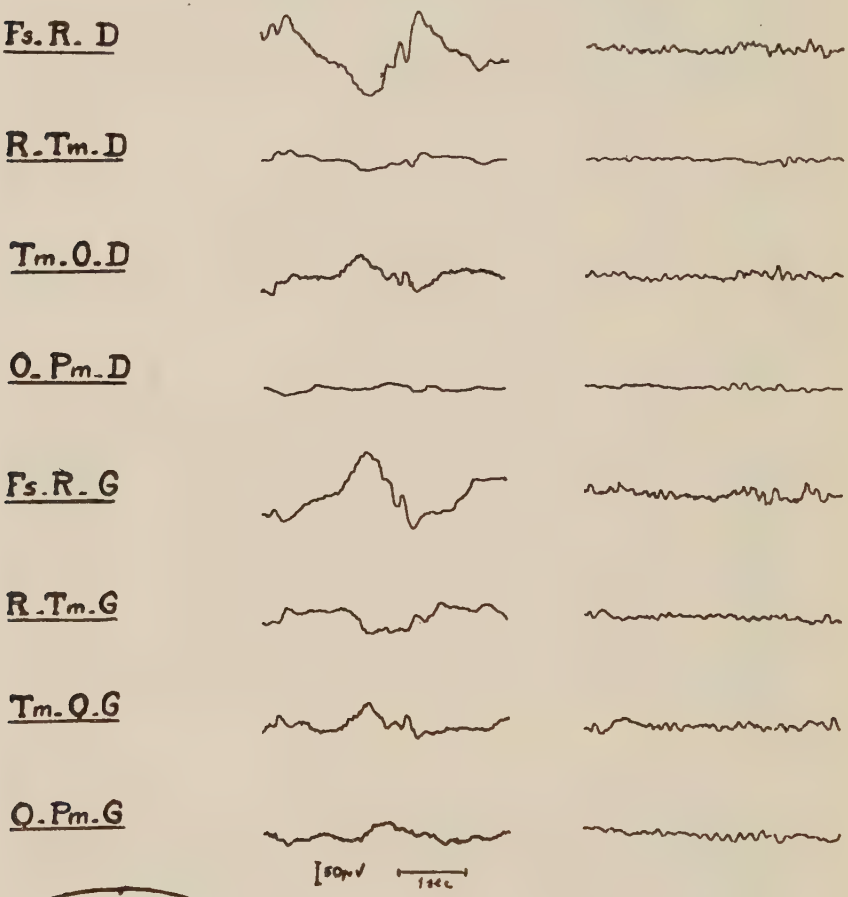
*A 18 heures :* mise en route du « cocktail $M_2$ » ; sulfate de magnésie 6 gr., sulfate de spartéine 0 gr. 20, procaïne 6 gr., en perfusion lente dans 500 cc. de sérum.

*Nuit du 19 au 20 :* température 36° ; le malade revient peu à peu à un état de conscience claire, reconnaît les infirmiers et, le matin, accueille ses parents avec le sourire. Il semble amélioré au point de vue psychique, mais reste un peu freiné. On continue l'hibernation en poussant lentement un litre de sérum physiologique contenant dolosal, phénergan, largactil, vitamine B1, vitamine B6 ; le malade est très calme, ses réflexes sphinctériens ont réapparu, l'examen neurologique est négatif, le Babinski unilatéral à disparu.

*Le 20 :* l'électro-encéphalogramme montre un rythme de fond sub-alpha (8 c./s.) *amélioré* par rapport à celui des tracés pratiqués la veille (figure 3). Devant ce résultat, nous cessons l'hibernation, nous contentant d'une petite thérapeutique anabolisante (syncortyl et acéto-stérandryl). La température remonte lentement le 20 avril ; elle atteint 38° le 21 au matin, puis redescend et se maintient ensuite à 37°.

*Le 21 avril,* l'électro-encéphalogramme met en évidence des tracés peu amples, comportant un rythme de fond alpha 10 c./s., bilatéral et symétrique. Discrète participation thêta en régions postérieures et moyennes. Pas de focalisation d'anomalies électriques. Conclusion : tracés continuant à s'améliorer. L'activité de fond est normale (figure 4).

*Le 23 avril,* les tracés électro-encéphalographiques sont normaux (figure 5). L'état de conscience reste parfaitement clair et tous les autres troubles psychopathiques ont disparu. Nous conservons le malade en observation pen-



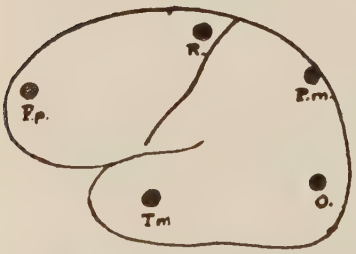




Fig. 1

Fig. 2

dant une dizaine de jours. Il reste bien intégré au milieu ambiant, ne présente aucun signe susceptible de faire craindre une récidive et critique même ses troubles antérieurs. Nous le laissons alors partir en convalescence pour un mois. Il en revient au début de juin, après avoir fait, dans sa famille,

un séjour qui n'a été marqué par aucun incident. Son état général est excellent. Un nouvel examen somatique et mental reste entièrement négatif. Nous l'autorisons donc à reprendre son activité professionnelle sous surveillance médicale.

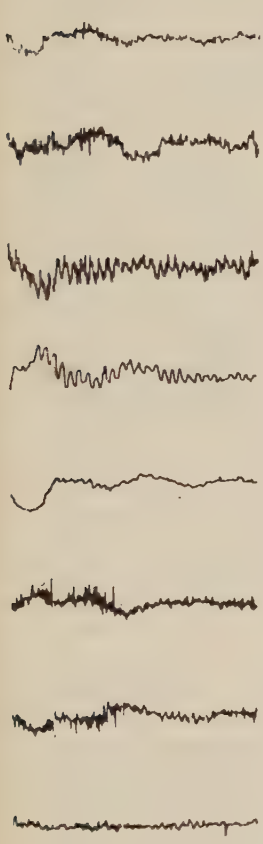


Fig. 3

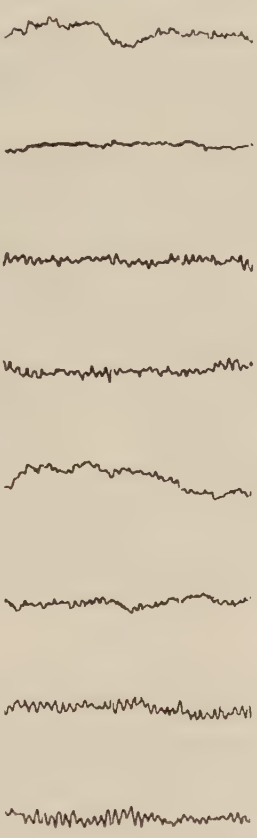


Fig. 4

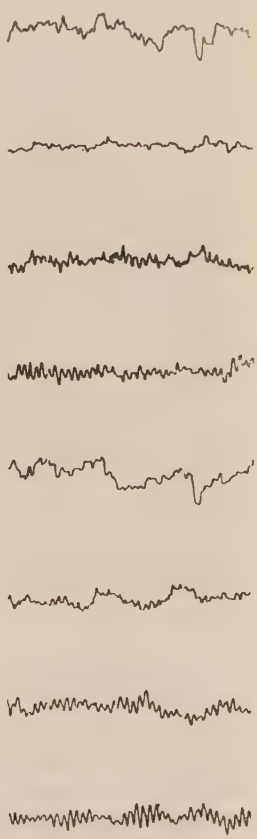


Fig. 5

Commentaires. — Les divers problèmes soulevés par le coma insulinique et ses complications ont reçu des solutions et des sanctions thérapeutiques différentes. Nous examinerons, très succinctement, ces points, et, en particulier, le mode d'action possible de la thérapeutique d'hibernation vis-à-vis de l'agression insulinique.

S'agit-il d'œdème ou de collapsus ?, d'hypotension ou d'hypertension ? Peut-on incriminer l'influence du taux de glycémie ?, le

rôle du facteur circulatoire général ? Tels sont les principaux problèmes posés.

L'observation princeps de Labbé et Boulin, l'expérimentation de Cossa et ses travaux anatomo-pathologiques concluaient à la notion d'hypertension intra-cranienne ; par contre, Delay et Mlle Moreau constataient, au troisième jour d'un coma insulinique prolongé, une importante hypotension du liquide céphalo-rachidien : cette constatation se trouvait d'ailleurs confirmée par les trépano-ponctions pratiquées par Puech et ses collaborateurs.

En fait, si des thérapeutiques aussi opposées que les solutions hypertoniques (non sucrées), d'une part, et le regonflage ventriculaire, d'autre part, ont connu des succès et des échecs, ne serait-ce pas l'effet de la grande variabilité de l'hydraulique cérébrale au cours de l'évolution du coma ? C'est l'hypothèse que formulaient, en 1944, Delay et Mlle Moreau : « Cerveau d'œdème, cerveau en collapsus, sont les deux aspects positif et négatif du même phénomène, lié à une perturbation d'un centre hypothalamique, et ce phénomène s'observe au cours du coma hypoglycémique » ; Puech, sur un plan plus général, soulevait, en 1947, l'hypothèse de centres diencéphaliques régulateurs de l'imbibition cérébrale.

Les variations du taux de glycémie ne semblent guère éclairer le sens et les variations de cette imbibition : sans doute, on sait, depuis Cossa et Bougeant, que les deux phénomènes sont liés, mais aucune relation précise ne préside à leurs modifications réciproques ; en ce qui concerne l'état de la conscience, la liaison est encore plus incertaine, puisqu'on connaît des états vigils avec des taux extrêmement bas (0 gr. 10).

Le rôle des phénomènes circulatoires, de la tension artérielle générale et cérébrale en particulier, a été étudié surtout par Baruk qui place ces phénomènes au premier plan. Les perturbations circulatoires, dit-il, quoique « passagères et fonctionnelles, témoignent d'une dépression considérable de la circulation générale qui entraîne une réduction et un affaissement très accusés de la circulation cérébrale... Ces perturbations sont, à notre avis, la cause essentielle du coma ». En particulier, « elles peuvent expliquer les modifications de pression du liquide céphalo-rachidien ».

Or, chez notre malade, nous n'avons pas constaté de modifications importantes de la tension artérielle générale avant et pendant le traitement.

En définitive, il semble que le phénomène le plus important à retenir soit l'extrême labilité du système diencéphalique qui traduit ses effets, à la fois sur *le plan clinique*, sur l'hydraulique *cérébro-méningée* et sur *l'électrogénèse*.

A ce dernier point de vue, nous voudrions insister sur un fait. M. Delay et ses collaborateurs ont constaté récemment que les tracés électro-encéphalographiques les plus altérés sont parfois le fait des

comas insuliniques les plus superficiels. Dans notre cas, au contraire, l'amélioration clinique progressive s'est exprimée d'abord sur les tracés : retour d'une activité électrique structurée (thêta 6 c./s.) précédant de quelques heures la sortie du coma ; rythme subalpha le lendemain, etc...

L'électro-encéphalogramme nous a même servi à diriger notre thérapeutique : c'est lorsqu'il s'est avéré sensiblement normal que nous avons arrêté l'hibernation.

Ainsi, tous ces troubles toniques, neuro-végétatifs, vasculaires, chimiques et électriques qui peuvent paraître anarchiques, si on les considère isolément, doivent-ils être invisagés comme les effets polymorphes et *oscillants*, d'une même cause : la réaction d'adaptation du diencéphale à l'agression insulinique ; c'est sans doute en amortissant ces oscillations, dont certaines sont dangereuses par elles-mêmes (telles que l'œdème ou les à-coups vasculaires), que la thérapeutique d'hibernation ganglioplégique et neuroplégique permet au malade d'attendre l'heure favorable. La notion d'adaptation de H. Selye et celle de l'irritation de Reilly, prolongée par Laborit et Huguenard, trouveraient donc ici une nouvelle justification théorique et peut-être la promesse d'une thérapeutique non spécifique des comas, considérés comme maladie post-agressive.

L'observation ci-dessus nous paraît fonder cet espoir, ainsi que la guérison récente, obtenue par la même méthode, d'un très grave coma oxycarboné que nous comptons publier très prochainement.

### Discussion

M. P. Cossa. — L'article que j'ai publié, le 13 avril dans la *Presse médicale*, sur le traitement de l'ictus cérébral, indique comment, à la suite des neuro-chirurgiens, j'ai été amené à lutter contre l'œdème cérébral par une technique de perfusion continue de sérum procaïné additionné de largactil.

Depuis mes recherches de 1939, je savais le rôle de l'œdème cérébral dans le coma de Sakel. Sitôt démontré le rôle anti-œdème de la perfusion procaïnée, je me suis promis d'employer cette technique dans les complications de cette méthode. Un premier cas s'est présenté il y a deux mois : un malade ne s'étant pas réveillé normalement de son coma insulinique, une perfusion a été mise en train six heures après le resucrage. Le réveil est survenu en quelques heures. Cette constatation ne signifiait pas grand'chose, car on ne sait jamais combien va durer un coma prolongé et s'il ne cédera pas tout seul. Mais un accident récent et beaucoup plus démonstratif s'est produit il y a quinze jours : pour la première fois depuis quatre ans, j'ai vu un œdème aigu du poumon, je parle du grand œdème où le malade évacue à pleine bouche l'expectoration saumonée et qui est heureusement exceptionnel. On a appliqué immédiatement une perfusion. L'œdème aigu du poumon a été arrêté en vingt minutes et la malade va bien. Or, depuis 1938, je n'ai jamais réussi à arrêter un seul cas d'œdème aigu du poumon au cours de la cure de Sakel.

**Valeur pronostique de l'étude psychométrique post-opératoire en psychochirurgie,** par MM. M. David, P. Moor, J. Rudrauf et J. Sauguet.

Dans le cadre d'une enquête, ayant pour but de préciser les indications psycho-chirurgicales, nous nous sommes livrés à l'étude psychométrique pré- et post-opératoire des malades aux moyens de tests de niveau quantitatifs, plus particulièrement l'échelle de Wechsler Bellevue. Les malades ont été testés avant l'intervention, puis trois semaines et six mois après. Un examen clinique très approfondi a été pratiqué eux mêmes dates, ainsi que des tests projectifs et un électro-encéphalogramme.

L'examen attentif des scatters de nos malades nous a fait remarquer que certains malades, atteints de psychoses en particulier, présentaient des perturbations considérables tant au point de vue qualitatif, qu'au point de vue quantitatif et cela essentiellement à l'examen pratiqué trois semaines après l'intervention. Nous avons constaté qu'il s'agissait toujours de sujets qui, cliniquement, étaient considérés comme guéris lorsqu'ils ont été revus dans le service six mois plus tard.

A la suite de cette observation, nous avons entrepris l'étude systématique de tous les malades guéris que nous avions pu tester avant l'intervention. Ils sont au nombre de 12. Nous n'avons pas inclus dans ce groupe cinq malades très améliorés, mais chez lesquels une tendance à la rechute se dessinait à ce moment-là.

On trouve donc, parmi nos malades : 4 névroses (3 névroses obsessionnelles, un cas d'hystérie) et 8 psychoses (dont une manie cyclique et 7 psychoses de la série schizophrénique).

I. — L'examen des scatters nous montre surtout pour 6 parmi les 8 *psychoses* (c'est un peu moins net pour les deux autres), des modifications énormes des scatters d'une part, et du niveau moyen des malades d'autre part, qui s'écarte de près de 1 $\sigma$ (écart type) de ce qu'il était avant l'intervention.

Mais ces variations qualitatives et quantitatives sont essentiellement individuelles, ne touchant pas toujours le même subtest et se traduisant aussi bien par une baisse considérable des quotients intellectuels pour certains, que par une élévation très marquée pour d'autres, et, comme jusqu'ici, il ne nous a pas été possible de les systématiser, nous donnons seulement un exemple de scatter d'une maniaque guérie à la table I et d'un schizophrène guéri à la table II.

Nous avons pu objectiver les modifications observées en calculant les corrélations entre tests pré- et post-opératoires chez ces 12 sujets et avons obtenu les résultats qui sont consignés à la colonne 5 de la table III.

TABLE I. — *Scatter d'une malade atteinte de manie cyclique ayant guéri*

| | Pré | 3 sem. | 6 mois |
|---|---|---|---|
| QI | + 4 | — 1 | + 5 |
| Q I verbal | + 5 | 0 | + 6 |
| QI perf | + 4 | — 1 | + 4 |
| I D M | + 1 | — 4 | + 4 |
| Information | + 3 | + 1 | + 1 |
| Compréhension | + 2 | + 1 | + 5 |
| Chiffres | + 2 | — 2 | + 5 |
| Arithmétique | + 4 | — 2 | + 6 |
| Similitudes | + 5 | — 2 | + 5 |
| Classement | + 3 | — 2 | + 3 |
| Lacunes | + 2 | — 2 | + 1 |
| Cubes | + 2 | — 3 | + 4 |
| Assemblage | + 2 | — 1 | + 2 |
| Code | 0 | — 5 | + 1 |
| Porteus | + 5 | — 1 | + 3 |

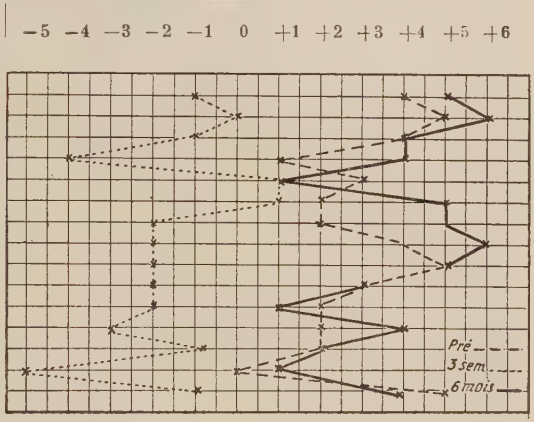
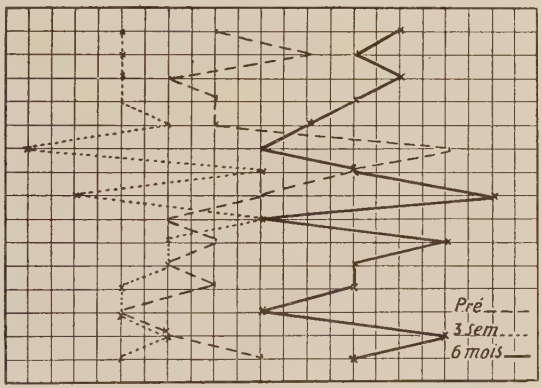



TABLE II. — *Scatter d'un schizophrène guéri*

| | Pré | 3 sem. | 6 mois |
|---|---|---|---|
| Q.I. | + 1 | — 1 | + 5 |
| Q.I. verbal | + 3 | — 1 | + 4 |
| Q.I. perf | 0 | — 1 | + 5 |
| I.D.M | + 1 | — 1 | + 4 |
| Information | + 1 | 0 | + 3 |
| Compréhension | + 6 | — 3 | + 2 |
| Chiffres | + 4 | + 2 | + 4 |
| Arithmétique | + 2 | — 2 | + 7 |
| Similitudes | 0 | + 2 | + 2 |
| Classement | + 1 | 0 | + 6 |
| Lacunes | 0 | 0 | + 4 |
| Cubes | + 1 | — 1 | + 4 |
| Assemblage | — 1 | — 1 | + 2 |
| Code | 0 | 0 | + 6 |
| Porteus | + 2 | — 1 | + 4 |




Nous remarquons que les corrélations sont les plus basses (donc les remaniements les plus importants) qu'il nous ait été donné d'observer jusqu'ici. En effet, si nous comparons les groupes les moins modifiés par la lobotomie à ceux qui le sont le plus, nous commencerons par les pervers dont nous avons dit qu'ils sont assimilables à un groupe de sujets normaux non opérés, puis l'ensemble de nos malades, puis les schizophrènes et enfin les sujets guéris (mis en évidence à la table III). Nous nous limitons, pour cette comparaison, aux examens psychologiques pratiqués dans les suites opératoires immédiates.

TABLE III. — *Corrélations Tests et Retests*
*3 semaines après intervention psychochirurgicale*

| | Pervers | Malades non guéris | Tous | Schizoph. | Guéris |
|---|---|---|---|---|---|
| Q.I. | .90 | .87 | .80 | .71 | .46 |
| Q.I.v | .94 | .84 | .83 | .65 | .47 |
| Q.I.p | .79 | .69 | .77 | .71 | .43 |
| Information | .95 | .86 | .81 | .67 | .23 |
| Compréhension | .86 | .78 | .64 | .48 | .35 |
| Chiffres | .81 | .76 | .70 | .65 | .37 |
| Arithmétique | .97 | .77 | .70 | .51 | .37 |
| Similitudes | .75 | .73 | .70 | .69 | .64 |
| Classement | .61 | .55 | .46 | .29 | — .14 |
| Lacunes | .70 | .85 | .83 | .70 | .55 |
| Cubes | .96 | .75 | .75 | .65 | .57 |
| Assemblage | .48 | .65 | .58 | .64 | .44 |
| Code | .81 | .63 | .66 | .34 | — .30 |

Nous avons calculé également la corrélation test-retest chez les sujets qui n'ont pas tiré bénéfice de la psychochirurgie (table III, colonne 2), et si nous comparons le groupe de ceux qui ont guéri et l'autre, ces chiffres nous font constater aussi que des modifications qui sont très importantes chez les premiers, ne sont que très peu sensibles chez les seconds.

Nous ne retrouvons des modifications de scatters dans le genre de celles que nous avons observées, que chez trois sujets non guéris, dont deux ont présenté cliniquement un syndrome d'apathie post-opératoire très marqué et le troisième un état confusionnel. Il s'agit là de formes cliniques particulières de diagnostic facile qui n'affirment pas la règle suivante : chez les malades atteints de psychoses, une altération psychométrique immédiate importante est habituellement suivie, dans le délai de six mois, d'une amélioration clinique qui s'exprime aux tests à ce moment-là par un niveau supérieur au niveau pré-opératoire. Cette élévation de niveau est trop élevée pour s'expliquer par l'apprentissage. Tout se passe comme si la psychochirurgie rendait possible l'utilisation d'un « potentiel intellectuel » par abolition d'un processus pathologique, tout comme il est classique de considérer qu'un processus pathologique négatif rend possible la « libération » des contenus psychotiques.

Il ne semble pas que ces résultats soient l'effet du hasard puisqu'on les observe chez 75 % des malades atteints de psychose qui ont guéri, alors qu'on ne les remarque que chez trois malades, non guéris, sur 34, soit 9 %, chez lesquels le test a d'ailleurs été administré dans les conditions particulières indiquées ci-dessus.

Enfin, il faut signaler que, sauf les trois cas que nous mentionnons, aucun de nos malades, non guéris, n'a présenté un état d'inertie qui ne se serait pas traduit dans le test.

II. — Nous allons étudier maintenant les malades atteints de *névrose*.

Leurs scatters sont bien moins perturbés dans les suites opératoires immédiates que ceux des malades dont nous venons de parler. On n'observe, ni chute de niveau significative, ni augmentation appréciable du quotient intellectuel ; seules quelques modifications qualitatives des scatters qui sont difficiles à distinguer de celles que nous avons observées chez les malades atteints de névrose qui n'ont pas guéri.

III. — Le fait que certains malades atteints de psychose qui guérissent présentent des perturbations beaucoup plus marquées que d'autres, ne s'explique, ni par l'âge du malade, ni par son sexe, ni par la durée d'évolution de la maladie ; pas d'avantage par le type d'intervention pratiquée. On a, en effet, pratiqué chez ces malades une topectomie, une thalamotomie, trois sections sous-corticales orbitaires et trois lobotomies standard.

De même, chez les malades atteints de névrose, on avait pratiqué deux sections sous-corticales orbitaires et deux lobotomies.

Des faits intéressants ressortent donc de l'étude psychométrique des malades opérés dans le service, qui ont guéri :

1) Peu de modifications psychométriques chez ceux qui étaient atteints de névrose au test de Wechsler.

2) Par contre, modifications importantes, tant au point de vue qualitatif, qu'au point de vue quantitatif, chez ceux qui étaient atteints de psychose. Il est curieux de noter que la plupart des schizophrènes ont été légèrement améliorés cliniquement à la suite de l'intervention et que tous les scatters ont été légèrement modifiés du point de vue qualitatif.

On n'a observé des perturbations importantes que chez les sujets qui étaient guéris six mois plus tard, mais cliniquement rien ne le laissait prévoir et on n'aurait pas pu dire cliniquement, dans les suites opératoires immédiates, que ces malades-là s'amélioreraient plus que les autres.

Il y a eu parallélisme entre le résultat psychométrique et l'évolution ultérieure de ces malades, mais pas entre le test et l'évolution clinique concomitante dans les suites opératoires immédiates.

Ces constatations nous permettent de dire que chez les malades atteints de psychoses, les tests psychométriques traduisent les bouleversements importants d'ordre psychologique qui se produisent à la suite de l'intervention extériorisant le processus de guérison en cours et permettent de prévoir, dans de nombreux cas, si le malade guérira ou pas.

Des résultats précédents, il nous semble qu'une idée se dégage. Nous pouvons la définir de la façon suivante : Les tests de Wechsler, Zazzo et Porteus, auxquels nous avons dû limiter nos investigations, concor-

dent pour révéler des perturbations post-opératoires immédiates d'autant plus marquées :

1° que l'affection dont souffre le malade, atteint plus profondément ses fonctions mentales ;

2° que l'effet thérapeutique ultérieur est plus favorable.

Cette remarque peut d'ailleurs être interprétée de façon diverse et un complément d'enquête, partant de ces hypothèses, permettrait seul d'en préciser la valeur exacte.

Il semble néanmoins qu'on peut établir une relation entre l'intensité d'un processus pathologique « mental », « intellectuel » ou « cérébral » et la susceptibilité du cerveau malade à l'intervention (1).

## Données statistiques sur la latéralisation dans un service psychiatrique, par M. P. Sivadon, M^lle^ G. Haguenauer, M^me^ I. Soboul et M. J. de Verbizier.

Divers auteurs ont noté la fréquence des troubles de la latéralisation chez les sujets présentant des difficultés ou des particularités d'adaptation sociale. La plupart des études ont porté sur les enfants. Le rapport de M. Fontan, au Congrès de Rennes, 1951, a donné l'occasion de plusieurs intéressantes communications sur ce sujet. L'un de nous, avec Mlle Chaigneau et M. Koechlin, y a souligné les rapports qui paraissent exister entre les troubles de la latéralisation et les troubles de la « personnalisation ».

Il nous a paru intéressant de rechercher systématiquement, dans une population de malades mentaux adultes, la fréquence de ces troubles de la latéralisation.

Notre enquête a porté sur 220 sujets hospitalisés en mars 1953, au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard. On trouve parmi eux 90 schizophrènes, 27 délirants, 24 déséquilibrés, 13 arriérés, 10 états dépressifs, 12 psychoses périodiques, 9 épileptiques, 7 psychoses hallucinatoires, 8 névroses obsessionnelles, 6 paralytiques généraux, 6 alcooliques, 4 déments et 4 états psychopathiques divers. Les épreuves pratiques ont été les suivantes :

1° *Epreuves anatomiques :* mensuration des diamètres des pieds et des mains posés à plat, au niveau des articulations métacarpo- et métatarso-phalangiennes, suivant la technique préconisée par M. J. Dublineau.

(1) Nous avons exposé très en détail la composition de notre matériel d'étude tant au point de vue diagnostic des malades que techniques opératoires ou tests psychométriques utilisés, groupe témoin et méthodes statistiques ayant servi à l'élaboration des résultats dans deux communications antérieures aux séances de la *Société médico-psychologique* de juillet 1952 et mai 1953 :

M. David, G. Daumézon, J. Rudrauf et P. Moor : Wechsler et Porteus chez 44 malades lobotomisés.

M. David, P. Moor, J. Rudrauf : Comparaison des résultats psychométriques de pervers instinctifs et de schizophrènes traités par psychochirurgie.

Les sujets se répartissent en :

*a*) droitiers croisés, c'est-à-dire ayant une prédominance du diamètre de la main droite et du pied gauche ;

*b*) droitiers homolatéraux, ayant une prédominance de la main droite et du pied droit ;

*c*) gauchers croisés, ayant une prédominance de la main gauche et du pied droit ;

*d*) gauchers homolatéraux, ayant une prédominance de la main gauche et du pied gauche ;

*e*) indifférenciés, dont les diamètres sont sensiblement égaux à droite et à gauche.

*Résultats :* droitiers croisés : 26 % ; droitiers homolatéraux : 26 % ; gauchers croisés : 9,5 % ; gauchers homolatéraux : 17,5 % ; indifférenciés : 21 %, soit 52 % de droitiers, 27 % de gauchers et 21 % d'indifférenciés.

2° *Epreuves fonctionnelles :* A) *Visée de l'œil.* — Nous avons utilisé l'épreuve consistant à faire fixer un objet à travers un orifice percé dans un carton. Sur 193 sujets examinés, on trouve : visée à droite : 123 sujets, soit 63,7 % ; visée à gauche : 70 sujets, soit 36,3 %.

B) *Image ambivalente.* — Nous avons utilisé le test « canard-lapin » qui fait partie d'une batterie complète de tests de latéralisation. Cette épreuve ne nous paraît pas significative en raison de la trop forte prégnance de l'image « canard ».

Sur 178 sujets examinés on trouve : structuration droite : 137 sujets, soit 77 % ; structuration gauche : 41 sujets, soit 23 %.

C) *Tapping.* — Sur 229 sujets ayant réussi l'épreuve on trouve : prédominance droite : 117 sujets, soit 51 % ; prédominance gauche : 59 sujets, soit 25,8 % ; ambidextrie : 53 sujets, soit 23,2 %.

D) *Ecriture.* — *a*) Nous avons demandé aux sujets d'écrire une phrase-test de la main droite, puis de la main gauche. Il a été tenu compte essentiellement de la vitesse de l'écriture.

Sur 124 sujets on trouve : 14 sujets écrivant plus vite de la main gauche que de la main droite, soit 11,3 % ; 96 sujets écrivant de une à trois fois plus vite de la main droite que de la main gauche, soit 77,5 %.

Par ailleurs, 7 sujets ont refusé d'écrire de la main gauche. Un seul d'entre eux avait montré une prédominance droite à l'épreuve du tapping.

Enfin, 7 sujets ont écrit de la main gauche avec une exceptionnelle lenteur (plus de quatre fois plus lentement que de la main droite). Il s'agit de trois schizophrènes et de quatre déséquilibrés.

*b*) L'écriture en miroir a été obtenue spontanément chez 6 sujets, soit 5 %.

*c*) Dans l'écriture de 57 sujets anatomiquement droitiers croisés il n'a été relevé aucun signe de sénestralité et cependant l'épreuve du tapping indiquait une prédominance gauche pour 12 d'entre eux, soit 21 %.

3° *Etude des groupes sanguins :* nous avons étudié la répartition des groupes sanguins dans notre échantillonnage. Deux constatations ont pu être faites :

1) Augmentation du groupe A au détriment des autres groupes, et en par-

ticulier du groupe O, ainsi que cela a déjà été signalé par M. Dublineau (*Annales médico-psychologiques*, 1944, t. I, p. 475) et Kossovitch, Brousseau et Mlle Buisson (*Compte rendu de la Société de biologie*, 134, 1940, 82).

Pour une population parisienne normale, Dujarric de la Rivière et Kossovitch trouvent : 42,6 % A ; 43,2 % O ; 11,2 % B ; 3 % AB.

Or, nous trouvons dans le groupe examiné : 48,7 % A ; 39,9 % O ; 8,3 % B ; 2,9 % AB.

2) Si nous étudions plus particulièrement la répartition des groupes sanguins parmi les sujets écrivant plus rapidement de la main gauche, on a alors :

Sur 14 sujets : 7 sujets appartiennent au groupe O, c'est-à-dire 50 % ; 6 sujets appartiennent au groupe A ; 1 sujet appartient au groupe AB ; 0 sujet appartient au groupe B.

Ce groupe de sujets a été le seul où nous ayons trouvé une augmentation du groupe sanguin O, dépassant même le groupe sanguin A.

La sénestralité serait-elle alors liée au groupe sanguin O ? Cela nous semble d'autant plus significatif que parmi les 57 droitiers croisés, 37 % seulement appartiennent au groupe O, et 50 % par contre sont des groupes A, ce qui accentue encore l'opposition dialectique entre les groupes A et O.

Commentaire. — On objectera sans doute qu'on ne saurait parler de statistique lorsqu'on étudie un nombre aussi restreint de sujets. Aussi les chiffres que nous apportons ne peuvent-ils avoir qu'une valeur indicative. Nous avons désiré apporter une impression d'ensemble sur la population hospitalisée à un moment donné dans un service psychiatrique assez représentatif de la morbidité psychiatrique moyenne de la région parisienne.

Ces chiffres montrent, une fois de plus, la complexité du problème. Une comparaison avec la population normale correspondante aurait été souhaitable. Il ne nous a pas été possible de la réaliser. Quoi qu'il en soit, on admet généralement que la préférence latérale manuelle est constante chez l'homme et qu'elle est droite dans plus de 75 % des cas (Fontan). Chez nos malades, nous ne trouvons que 79 % de préférence latérale et 52,5 % de droiterie. Nous trouvons par contre 21 % d'indifférenciation.

Il semble aussi que chez le sujet normal, la prédominance croisée (main droite, pied gauche et inversement) soit la plus fréquente (Dublineau). Chez nos sujets droitiers, la moitié seulement, et chez nos sujets gauchers, le tiers ont une prédominance croisée, le plus grand nombre ayant une prédominance homolatérale.

Chez les sujets anatomiquement droitiers-croisés, on trouve 21 % de prédominance fonctionnelle de la main gauche à l'épreuve du tapping.

Il semble donc que ce n'est pas tant la proportion des gauchers qui caractérise la population du service, que la porportion importante des sujets mal latéralisés : indifférenciés, ou présentant une dissociation anatomo-fonctionnelle.

## L'hypothèse toxique des schizophrénies et les expériences de M. H. Baruk, par Mme M. Cavé.

L'hypothèse de l'étiologie toxique de la démence précoce fut émise, pour la première fois, par Kræplin qui, considérant l'âge auquel régulièrement la maladie éclosait, âge qui est celui du maximum de l'activité génitale, considérant, d'autre part, l'intégrité mentale apparente des malades jusqu'à cet âge, pensa qu'une intoxication par des substances sexuelles anormales pouvait être la cause de l'apparition des troubles mentaux. Cette hypothèse fut par la suite élargie et certains psychiatres pensèrent que non seulement les substances sexuelles, mais toutes les auto-intoxications de l'organisme pouvaient donner naissance à la démence précoce. Hypothèse qui, cette fois, ne tenait plus aucun compte de l'éclosion si nette et si caractéristique de la schizophrénie des jeunes aux alentours de la 18e année.

Que des intoxications et des auto-intoxications puissent produire des troubles mentaux, nous en avons la preuve dans les désordres provoqués par l'intoxication alcoolique, les toxicomanies, l'urémie ou la toxine typhique, pour ne citer que les exemples les plus anciennement connus et les plus évidents. Mais que cette maladie si spéciale, qu'on appelle démence précoce ou schizophrénie des jeunes, soit causée par une auto-intoxication, voilà ce qu'il faut prouver. Et la question que nous nous posons aujourd'hui est celle de savoir jusqu'à quel point cette origine auto-toxique de la démence précoce a reçu un commencement de preuve. Quelle est la valeur des observations et des expériences qui ont été faites dans ce sens ? C'est à cet effet, c'est dans ce but que nous étudierons les observations et les expériences de M. H. Baruk.

Nous nous placerons pour cela au point de vue de la simple logique. M. H. Baruk est un clinicien d'une si grande valeur, ses connaissances biologiques et neurologiques sont tellement supérieures aux nôtres que nous ne nous risquerions pas à le critiquer sur le plan technique. Nous admettrons donc toutes ses observations et toutes ses expériences telles qu'il nous les propose. Ce sont simplement les déductions, les conclusions qu'il en tire que nous discuterons, le bon sens, nous dit Descartes, étant la chose du monde la mieux partagée.

M. H. Baruk pense qu'il existe des schizophrénies colibacillaires, tuberculeuses, etc... En effet, il a plusieurs fois trouvé ces affections corporelles chez des malades qui présentaient des troubles mentaux apparemment semblables à ceux des schizophrènes et, guérissant le trouble physique par une thérapeutique appropriée, il a par cela même fait disparaître le trouble mental. Ce qui constitue la démonstration irréfutable de l'origine corporelle, toxique, de ces troubles.

Devons-nous cependant, de ces quelques observations, déduire que toutes les schizophrénies ont une origine toxique et que les malades

qui, à l'examen clinique le plus approfondi, ne présentent aucun signe d'intoxication, sont cependant atteints d'intoxication méconnues ? Devons-nous en particulier orienter nos recherches étiologiques dans ce sens, quand il s'agit de jeunes schizophrènes, de ceux qu'on appelait autrefois déments précoces ? Telle est la question qui se pose.

Chacun connaît trop bien les observations de M. H. Baruk pour qu'il soit nécessaire de démontrer que les malades observés et guéris par lui diffèrent notablement des déments précoces habituels. Voici par exemple un jeune soldat fébrile, qui garde le mutisme, déchire sa paillasse, gâte sous lui, mange ses excréments ; qui présente d'emblée et sans les prodromes habituels les signes de la schizophrénie la plus avancée. Ce malade guérit de ses troubles mentaux au moment où il fait une coxalgie, c'est-à-dire au moment où la tuberculose cesse d'être chez lui une maladie généralisée auto-toxique et se localise à l'articulation de la hanche. Les troubles mentaux étaient donc chez lui la conséquence de cette action auto-toxique.

Comparons maintenant ce malade aux jeunes schizophrènes-types dont l'affection mentale commence par des troubles du caractère, des fugues, des actes délictueux, des tentatives de suicide, des propos délirants, des actes absurdes et qui restent plusieurs années avant de présenter des phénomènes aussi accentués que ceux du jeune soldat. Jusqu'à quel point avons-nous le droit de négliger cette différence dans l'évolution et les prodromes, et de dire qu'il s'agit de deux maladies semblables ? Si même nous négligeons ces différences évolutives, avons-nous le droit, étant donné une maladie fébrile et une maladie qui ne l'est pas, de les classer sous une même rubrique, dans un même groupe ?

Il ne s'agit point ici d'une simple question nosologique. Une question de pathologie générale se pose, que nous devons résoudre. Que nous apprend, en effet, la pathologie générale ? Elle nous apprend que la fièvre est un élément de diagnostic différentiel de première importance. Si un adolescent maigrit, perd ses forces, devient triste et manque d'appétit, la première recommandation du médecin n'est-elle pas que le malade prenne régulièrement, chaque jour, sa température. Si celle-ci est aux alentours de 37°8, ou davantage, alors, attention ! Il s'agit peut-être d'une tuberculose torpide. Si, au contraire, il n'existe pas de température, la crainte de tuberculose peut être écartée. Hésite-t-on entre une crise d'angine de poitrine et un infarctus du myocarde, entre une tumeur et un abcès du cerveau ? La présence ou l'absence de fièvre est un élément capital de diagnostic, etc...

Loin de nous autoriser à classer les maladies qui se ressemblent dans un même groupe, sans tenir compte de la présence ou de l'absence de température, la pathologie générale nous montre, au contraire, que la fièvre est un élément capital de diagnostic ; celle-ci indique, de façon formelle, qu'entre deux maladies qui se ressemblent, il existe une différence étiologique.

Les malades fébriles de M. H. Baruk ne peuvent donc nous fournir la

moindre indication sur les causes des troubles mentaux présentés par les déments précoces-types, même si ces désordres mentaux se ressemblent. Et si les uns s'appellent schizophrénie, alors les autres doivent porter un autre nom.

Mais, nous dira M. H. Baruk, la schizophrénie n'est point une maladie, c'est « un syndrome, un type de réaction de la personnalité aux causes les plus variées ».

Il existe en pathologie générale des syndromes : l'ictère est un syndrome, et l'ascite, et les réactions péritonéales et pleurales. L'ascite, par exemple, peut être provoqué par une cirrhose de Laënnec, une péritonite tuberculeuse, un cancer intestinal. L'ictère peut être dû à un microbe banal ou au spirochète ictéro-hémorragique, il peut être la conséquence d'un cancer secondaire du foie, d'un cancer primitif de la tête du pancréas ou bien encore provoqué par un calcul du cholédoque. Les affections étiologiques les plus variées peuvent causer un même syndrome, ainsi que nous le dit M. H. Baruk. Ceci dit, en quoi ont consisté les progrès de la pathologie générale ? Ils n'ont pas consisté, le syndrome ictère étant posé et une des affections qui le provoque connue (la cirrhose de Laënnec, par exemple), à en induire que toutes les maladies ictérigènes devaient être vraisemblablement d'origine toxique. Bien au contraire, le progrès a consisté à individualiser petit à petit les maladies de causes diverses qui pouvaient provoquer le syndrome ictère, à tenir compte des différences qui existaient dans les antécédents des malades, dans l'évolution de leurs maladies, des signes associés dans la présence ou l'absence de fièvre, bref, de tous les caractères qui font de chaque ictère une maladie différente des autres. C'est en scindant un syndrome en ses différentes maladies, en individualisant chacune d'elles, que la pathologie médicale a progressé.

La pathologie mentale doit faire de même si elle veut aussi progresser. Loin de chercher à réunir des maladies sans fièvre et des maladies fébriles, des maladies qui présentent de notables différences évolutives, des maladies qui ne guérissent pas par les mêmes moyens, sous la même rubrique, loin de faire appel à la notion de syndrome et de conclure, d'une simple ressemblance, à une identité d'étiologie, elle doit, au contraire, comme la pathologie générale, séparer ce qui doit être séparé, tenir compte des signes associés, faire des diagnostics différentiels. Conclure, d'une simple ressemblance entre des symptômes, à une identité étiologique, cela s'est s'engager dans le sentier de l'erreur, non dans celui de la science.

Et ceci est valable pour toutes les observations de M. H. Baruk, celles où les pseudo-schizophrénies guérissent après un syndrome fébrile grippal suivi d'un abcès du poumon, comme celles qui apparaissent au décours d'affections colibacillaires, comme celles même qui sont dues à des troubles hypergolliculiniques, étant donné que l'on n'obtient chez les jeunes schizophrènes-types, — même hyperfolliculini-

ques —, qu'une simple diminution de leur agressivité, les troubles délirants et impulsifs restant inchangés.

Que vaient maintenant les expériences que M. H. Baruk a faites sur l'animal du point de vue de l'étiologie des catatonies observées chez les jeunes déments précoces ?

M. H. Baruk, injectant de la bulbocapnine, de la toxine colibacillaire, du liquide céphalo-rachidien tuberculeux, des biles typhiques, à plusieurs animaux, détermine chez eux des catatonies comparables à celles qu'il a observées chez l'homme. Les animaux tombent dans l'immobilité et la stupeur, se pétrifient ; le singe a une attitude de penseur qui ressemble curieusement à certaines catatonies humaines ; une fois M. H. Baruk a obtenu chez lui des attitudes de crucifixion observées chez l'homme ; les perturbations de la chronaxie sont les mêmes, ainsi que l'enregistrement électro-myographique, etc..., bref, tous les enregistrements prouvent qu'il s'agit, chez l'animal, d'une perturbation de l'initiative des mouvements volontaires.

Passons maintenant aux catatonies schizophréniques. Quelles sont, selon M. H. Baruk lui-même, les caractéristiques de ces catatonies ? Le propre des catatonies schizophréniques, nous dit-il, c'est d'être éminemment variables et de cesser subitement, sous l'influence d'une incitation psychique. Et il cite de nombreux et intéressants exemples dans ce sens. « On voit parfois le malade en boule et raide comme du bois se lever soudain avec la plus grande aisance et la plus grande souplesse pour prendre un objet qui l'intéresse... Un schizophrène immobile et pétrifié sur son lit, comme une boule, recroquevillé dans une attitude fœtale et qui semblait incapable de faire le moindre mouvement, se levait tout d'un coup, en tempête, et sortait de sa chambre pour rosser, avec la plus grande dextérité et la plus grande énergie, un camarade qui passait dans le couloir, puis il se précipitait sur son lit et se remettait en boule dans l'immobilité et le négativisme le plus absolu. A côté de ces impulsions dont il faut toujours se méfier, on observe souvent chez les catatoniques des mouvements de fuite, le malade se sauvant silencieusement, sur la pointe de ses pieds, comme quelqu'un pris en faute. » Un autre catatonique sortit de son mutisme farouche lorsque, jeune médecin, M. H. Baruk fit devant lui, à voix haute, l'observation que « plus rien ne devait se passer dans ce pauvre cerveau ». « Ce n'est pas vrai », cria-t-il.

Les animaux, plongés par M. H. Baruk dans la catatonie, présentent-ils la propriété de sortir de leur état sous des influences psychiques ? C'est ce qu'il convient de nous demander. Alors, mais alors seulement, le parallélisme entre les deux catatonies sera parfait. M. H. Baruk aura vraiment reproduit sur l'animal des catatonies comparables aux catatonies des déments précoces et nous pourrons conclure de l'étiologie des unes et de l'étiologie des autres.

M. H. Baruk cependant n'a point cherché si ses animaux catatoniques

présentaient ce caractère, selon lui pathognomonique. Nous pouvons, à bon droit, nous en étonner. Une de ses expériences présente toutefois, bien qu'il ne l'ait point cherché, toutes les conditions d'incitation psychique requises pour que nous puissions les comparer aux incitations psychiques auxquelles obéissent les schizophrènes. M. H. Baruk, en effet, place dans une même cage, posée sur le rebord d'une fenêtre et ouverte sur la liberté un chat, une souris et un pigeon plongés dans la catatonie. Que se passe-t-il ? Tant que dure l'intoxication, nous dit-il, les animaux restent pétrifiés, les uns à côté des autres, mais dès qu'elle cesse, on voit le chat sauter sur la souris et le pigeon s'envoler. Nous ne voyons donc pas le chat, tel le schizophrène qui sautait impulsivement sur son camarade pour le rosser, sauter impulsivement sur la souris, quitte, sitôt après, à retomber dans sa pétrification premier. Ni le pigeon, plus tenté peut-être que le schizophrène qui se levait pour prendre des illustrés intéressants, franchir d'un coup d'aile la porte ouverte de la cage. Et cependant, si une incitation psychique est susceptible de faire vibrer agressivement un chat, n'est-ce pas d'avoir une souris à portée de sa patte ? ou de solliciter un pigeon captif, n'est-ce pas d'avoir une fenêtre ouverte sur la liberté ?

Concluons que, loin de reproduire les catatonies des déments précoces, les catatonies obtenues par M. H. Baruk chez des animaux en diffèrent profondément et, loin de pouvoir conclure de l'étiologie des unes à l'étiologie des autres, il nous faut au contraire admettre qu'il existe entre elles une différence étiologique évidente ; qu'en un mot les catatonies des schizophrènes ne sont pas des catatonies toxiques.

Mais si les expériences de M. H. Baruk ne nous montrent pas que « la variabilité mystérieuse des troubles psychiques, ces changements brusques dans le tableau clinique d'un jour à l'autre et parfois même d'un moment à l'autre, s'expliquent par des phénomènes d'intoxication », ni que « ce sont les oscillations incessantes de la pénétration, de l'absorption et de l'élimination du toxique qui provoquent les variations incessantes du tableau clinique », son étude des pseudo-schizophrénies est cependant du plus haut intérêt. Elle nous montre, à nous psychanalystes qui, par déformation professionnelle, sommes souvent tentés de l'oublier, la nécessité d'examiner un malade à fond avant de conclure à une maladie mentale déterminée. Contrairement à ses théories, ses observations vont dans le sens de la différenciation des maladies et contribuent aux progrès de la psychiatrie. Elles mériteraient certes de porter le nom de pseudo-schizophrénies de Baruk. Et c'est la valeur même de M. H. Baruk qui nous a incités à critiquer ses conclusions, la science psychiatrique risquant, du fait de son prestige et de sa compétence, d'être entraînée dans une direction contraire à ce progrès qu'elle a tant besoin de faire et que nous souhaitons tous.

**Comparaison des résultats psychométriques chez un groupe de « pervers instinctifs » et de schizophrènes ayant subi une intervention psychochirurgicale,** par MM. M. David, P. Moor et J. Rudrauf.

Dans un travail antérieur (1), nous avons rapporté les modifications apportées par la lobotomie aux tests de Wechsler-Bellevue et de Porteus chez 44 malades opérés dans le service de neuro-chirurgie de l'hôpital Sainte-Anne et revus trois semaines et six mois après l'intervention.

Dans le cadre d'une enquête organisée par le Dr Hécaen, ces malades ont été examinés cliniquement et ont subi des examens électro-encéphalographiques et des tests projectifs en plus des tests psychométriques auxquels nous nous sommes intéressés (Wechsler-Bellevue, Porteus, double barrage de Zazzo).

Cet examen global des résultats nous a montré que la lobotomie entraîne des modifications aux tests de niveau. Ces modifications sont extrêmement variables de sorte que les moyennes des résultats globaux sont pratiquement inaltérées. On peut distinguer des différences qualitatives discrètes. Le léger affaiblissement qu'un examen très détaillé du test permet de révéler trois semaines après l'intervention, se montre dans l'ensemble entièrement compensé au bout de six mois au profit d'une amélioration globale, que l'apprentissage n'explique que partiellement (table IV, colonne 2 et 8).

Etant donné que notre groupe de malades testés comprend :

23 psychoses de la série schizophrénique,
3 autres psychoses,
9 névroses,
2 épilepsies,
9 pervers,

il nous a paru intéressant d'étudier séparément les réactions de ces différents malades.

En effet, les 8 pervers de notre groupe (malades hospitalisés à l'hôpital de Villejuif, section Henri-Colin) présentent, pour notre étude, un intérêt exceptionnel, car il s'agit là de malades non détériorés, et la réaction de leurs fonctions intellectuelles à la psychochirurgie est celle qui s'apparente le plus à la réaction de l'individu dit normal, si on le soumettait à la même intervention. L'étude de ces malades présente donc un intérêt quasi-expérimental et peut-être pourra-t-il nous apporter quelques renseignements sur le mécanisme de la psycho-chirurgie et même, mais c'est là une hypothèse bien

(1) Wedesler et Porteus chez 44 malades lobotomisés, David, Daumézon, Rudrauf et Morr, *Annales médico-psychologiques*, octobre 52.

ambitieuse, sur le rôle joué par le lobe frontal dans les mécanismes intellectuels.

Le résultat de notre étude chez les schizophrènes présentera un intérêt moindre, bien qu'il soit loin d'être négligeable. En effet, si nous nous trouvons en présence d'une baisse de rendement aux tests persistante et significative après intervention, ce renseignement aurait une valeur absolue, mais des chiffres de quotient intellectuel et autres notes qui seraient plus élevés après l'intervention qu'avant, nous permettraient simplement d'objectiver un « déblocage ». Nous ne pourrions pas dire pour autant que l'intervention psycho-chirurgicale a augmenté leur niveau intellectuel ; il était simplement masqué aux premiers examens par tous les symptômes morbides : semi-mutisme, opposition, barrage, troubles du cours de la pensée, qui accompagnent cette psychose et même, si plus élevé qu'avant l'intervention, le niveau intellectuel sera peut-être inférieur à celui qu'avait le malade avant le début de sa psychose. Cela est évidemment impossible à vérifier.

Nous considérons d'une part les moyennes de scores des malades et d'autre part les coefficients de corrélation entre tests pré-opératoires et tests post-opératoires (nous les calculerons à l'aide du coefficient de Bravais-Pearson), coefficients qui mettront en évidence le bouleversement qu'a pu provoquer l'intervention, certains sujets ayant beaucoup gagné, d'autres beaucoup perdu, à telle et telle épreuve.

Les coefficients ne peuvent être interprétés que par comparaison avec les coefficients de fidélité des tests (corrélation tests, retests chez des sujets n'ayant pas subi de lobotomie). Pour faire ces comparaisons, nous utiliserons les chiffres publiés par Hamister d'une part, Derner, Aborn et Canter d'autre part, qui ont étudié le coefficient de fidélité du test de Wechsler, le premier sur des sujets normaux, le deuxième sur des schizophrènes revus à quatre semaines d'intervalle.

L'examen de 9 pervers (table I), tant au test de Wechsler qu'aux tests de Porteus et de Zazzo, montre que déjà, dans les suites opératoires immédiates, leur scatter est sensiblement parallèle à ce qu'il était avant l'intervention (table II), le quotient intellectuel étant un peu plus élevé, et qu'on trouve moins d'inexactitudes au test des deux barrages.

L'examen de ces malades montre donc que la psycho-chirurgie n'affecte pas la faculté d'apprentissage. De plus, on ne note pas plus de différences entre deux tests pratiqués chez un pervers, les examens ayant été séparés par l'intervention, qu'entre deux tests pratiqués chez les sujets normaux qui n'ont subi aucun traitement particulier entre temps ; au contraire, les coefficients de fidélité test, retest, sont même un peu plus élevés.

Cette étude montre que la distribution des résultats n'est pas modifiée par l'intervention, ce qui pourrait être traduit en disant que la psycho-chirurgie reste sans effet sur les fonctions intellectuelles telles

TABLE I. — *Pervers (9 malades)*

| | Préopér. | 3 semaines | | 6 mois | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Moyenne | r. pré/ 3 sem. | Diff. s/ Moy. | r. pré/ 6 mois | Diff. Moy. |
| Q. I. | + 1,25 | .90 | 0 | .95 | + 0,62 |
| Q. I. verbal | + 0,37 | .94 | + 0,88 | .95 | + 0,75 |
| Q. I. performance | + 2 | .79 | — 0,63 | .87 | + 0,75 |
| I. D. M. | + 0,25 | .94 | 0 | .79 | 0 |
| Information | + 0,50 | .95 | + 0,72 | .98 | + 0,37 |
| Compréhension | + 0,62 | .86 | + 0,75 | .57 | + 0,25 |
| Chiffres | 0 | .81 | — 0,37 | .71 | + 0,5 |
| Arithmétique | + 0,50 | .97 | + 1 | .98 | — 0,38 |
| Similitude | — 0,25 | .75 | + 1,50 | .71 | + 2 |
| Classement | + 3,62 | .61 | — 0,50 | .38 | — 0,50 |
| Lacunes | + 1 | .70 | 0 | .82 | + 0,75 |
| Cubes | + 1,12 | .96 | 0 | .92 | + 0,88 |
| Assemblage | + 1,87 | .48 | — 1,25 | .44 | + 1,50 |
| Code | + 1,37 | .81 | — 1,74 | .94 | + 0,25 |
| Porteus | + 2,16 | | — 2,76 | | — 1,16 |

qu'elles sont définies par les tests, des sujets dont « l'intelligence » ou « les fonctions cérébrales » sont supposées normales. L'étonnante identité de leur scatter ne pourrait-elle être reportée à cette sorte « d'invulnérabilité » qui caractérise en somme la personnalité du « pervers » (table IV, colonnes 1, 4, 7, 10).

Chez les schizophrènes (table III), le scatter moyen de Wechsler accuse un gain aux épreuves de performance et une légère chute aux épreuves verbales dans les suites opératoires immédiates ; plus tard,

TABLE II. — *Scatter d'un Pervers*

| | Pré | 3 sem. | 6 mois |
|---|---|---|---|
| QI | — 2 | 0 | 0 |
| Q.I.v | — 4 | — 3 | — 2 |
| Q.I.p | + 1 | + 2 | + 3 |
| I.D.M | — 3 | — 2 | — 1 |
| Information | — 2 | — 2 | — 3 |
| Compréhension. | — 2 | — 1 | 0 |
| Chiffres | — 6 | — 4 | — 3 |
| Similitudes | — 3 | — 1 | 0 |
| Classement | + 1 | + 4 | + 1 |
| Lacunes | + 1 | + 1 | + 2 |
| Cubes | + 2 | + 2 | + 3 |
| Assemblage | + 3 | + 3 | + 5 |
| Code | 0 | + 1 | + 2 |
| Porteus | + 4 | + 3 | + 5 |

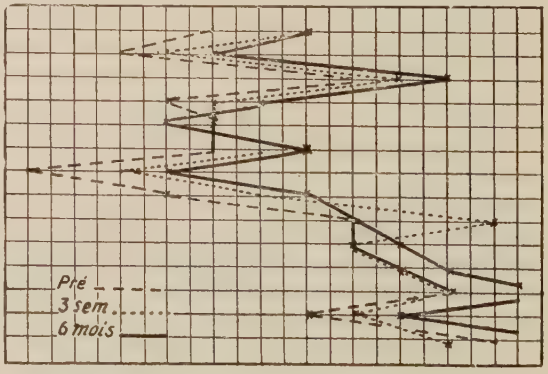


TABLE III. — *Schizophrènes (23 malades)*

| | Préopér. | 3 semaines | | 6 mois | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Moyenne | r. pré/ 3 sem. | Diff. s/ Moy. | r. pré/ 6 mois | Diff/ Moy. |
| Q. I. | — 1,21 | .71 | + 0,31 | .84 | + 1,56 |
| Q. I. verbal | — 0,56 | .65 | + 0,34 | 83 | + 0,40 |
| Q. I. performance | — 1,21 | .71 | + 0,03 | .76 | + 1,05 |
| I. D. M. | + 0,47 | .29 | — 0,29 | .47 | + 0,3 |
| Information | + 0,34 | .67 | — 0,97 | .67 | — 0,41 |
| Compréhension | — 0,82 | .48 | — 0,77 | .68 | + 0,11 |
| Chiffres | + 0,08 | .65 | — 1,12 | .79 | + 0,06 |
| Arithmétique | — 0,50 | .51 | + 0,93 | .71 | + 0,65 |
| Similitude | — 0,56 | .69 | + 0,20 | .82 | + 0,06 |
| Classement | — 0,56 | .29 | + 0,47 | .67 | + 1,77 |
| Lacunes | — 1,87 | .70 | + 0,83 | .86 | + 0,94 |
| Cubes | — 0,95 | .65 | — 0,36 | 80 | + 1,30 |
| Assemblage | — 1,60 | .64 | + 1,24 | .77 | + 2,81 |
| Code | - 1,72 | .34 | + 0,82 | .66 | + 1,65 |
| Porteus | — 2 | 59 | 0 | .80 | + 1,88 |

TABLE IV. — *Coefficients de corrélation entre Tests et Retests chez nos opérés et les sujets des groupes témoins*

| | 3 semaines après Lobotomie | | | Groupe de contr. après 3 semaines | | | 6 mois après Lobotomie | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Q. I. | .90 | .80 | .71 | .87 | .87 | .84 | .95 | .88 | .84 | .91 |
| Q. I. v. | .94 | .83 | .65 | .84 | .91 | .91 | .95 | .90 | .83 | .84 |
| Q. I. p. | .79 | .77 | .71 | .83 | .83 | .80 | .87 | .90 | .76 | .87 |
| I. D. M. | .94 | .51 | .29 | | | | .79 | .58 | .50 | |
| Inform. | .95 | .81 | .67 | .84 | .94 | .94 | .98 | 70 | .67 | .87 |
| Compr. | .86 | .64 | .48 | .74 | .76 | .78 | .57 | .66 | .68 | .77 |
| Chiff. | .81 | .70 | .65 | .70 | .59 | .63 | .71 | .70 | .79 | .64 |
| Arith. | .97 | .70 | .51 | .53 | .87 | .87 | .98 | .82 | .71 | .74 |
| Simil. | .75 | .70 | .69 | .76 | .86 | 84 | .71 | .77 | .82 | .70 |
| Class. | .61 | .46 | .29 | .59 | .73 | .78 | | .66 | .67 | .66 |
| Lacun. | .70 | .83 | .70 | .85 | .71 | 68 | .82 | .88 | .86 | .82 |
| Cubes. | .96 | .75 | .65 | .84 | .71 | .67 | .92 | .86 | .80 | .78 |
| Assemb. | .48 | .58 | .64 | .62 | 66 | .62 | .44 | .72 | .77 | .73 |
| Code. | .81 | .66 | .34 | .76 | .80 | . 9 | .94 | .77 | .66 | .85 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

1) Pervers pré. et 3 semaines postlobotomie.
2) Ens. de nos malades op. pré et 3 semaines postlobotomie.
3) Schizoph. pré et 3 semaines postlobotomie.
4) Sujets normaux ret. après 3 semaines (Derner, Aborn, Canter).
5) Malades divers ret. après 3 semaines (Hamister).
6) Schizoph. retest. après 3 semaines (Hamister).
7) Pervers retest. 6 mois après intervention.
8) Malades div. ret. 6 mois après intervention.
9) Schizoph. retest. 6 mois après intervention.
10) Sujets normaux retestés à 6 mois d'intervalle (Derner, Aborn, Canter).

un gain non significatif aux épreuves verbales, mais plus spécialement marqué aux épreuves de performance. Cet effet de l'intervention psycho-chirurgicale sur les profils psychométriques recouvre la notion classique de suppression du « blocage ». Il se produit chez ces malades, dans les semaines suivant immédiatement l'intervention, un remaniement qui se traduit par une fidélité test-retest, plus basse chez nos opérés que chez les schizophrènes du groupe témoin, et plus basse chez les schizophrènes opérés que chez l'ensemble de nos malades (table IV, colonnes 3, 6, 9).

Au test des deux barrages, le « déblocage » se traduit par une très grande accélération du rythme de travail du malade, mais aux dépens de l'exactitude, et il nous semble comme à Robinson que, dans les suites opératoires immédiates, ces malades soient incapables d'un effort d'attention prolongé. Par contre, contrairement à Robinson, nos résultats tendent à prouver que, six mois plus tard, les malades ont retrouvé leur niveau antérieur. Il ne nous semble pas que la capacité d'attention prolongée soit amoindrie de façon durable et importante chez les schizophrènes lobotomisés, mais nous supposons que cette diminution transitoire du rendement au test traduit simplement les conséquences du choc opératoire sur un cerveau déjà perturbé, puisque nous n'observons pas de phénomène du même ordre chez les pervers.

Enfin, nous avons voulu savoir si, parmi les techniques d'intervention utilisées, certaines pouvaient être accusées plus que d'autres de modifications du quotient intellectuel. Aussi avons-nous étudié le coefficient de fidélité test-retest chez deux groupes de malades ayant subi, les uns une lobotomie standard, et les autres une section sous-corticale orbitaire type Scoville. Nous n'avons dans ces groupes que les pervers et les malades atteints de névrose pour éviter toutes les objections qu'on pourrait faire chez les schizophrènes. Pour le quotient intellecteul global de Wechsler, nous avons obtenu respectivement $r = .96$ et $r = .95$. Parmi nos malades de Sainte-Anne, nous n'avons donc observé aucune différence au point de vue psychométrique en fonction du type d'intervention et l'hypothèse d'une détérioration après lobotomie standard ne se trouve pas confirmée chez eux.

Nous pensons que les résultats de cette étude sont plus significatifs que ceux rapportés antérieurement, car nous avons pu nous assurer que les résultats globaux inaltérés ne sont pas dus au fait qu'une amélioration chez certaines catégories de malades masque une détérioration chez d'autres, et cela surtout grâce à l'étude des pervers. Dans la mesure où les tests mentaux sont des indices valables d'intelligence au sens clinique du terme, l'étude de ces derniers montre que la psycho-chirurgie ne semble pas entraîner par elle-même d'affaiblissement intellectuel durable. Nous reviendrons ultérieurement sur les modifications observées chez les schizophrènes dans les suites

opératoires immédiates. Toutefois, nos chiffres montrent qu'il ne semble pas s'agir de détérioration puisque, six mois après l'intervention, les malades ont retrouvé et même dépassé leur niveau antérieur.

## Election d'un membre titulaire

Au nom d'une commission composée de MM. René Charpentier, Paul Guiraud et Paul Abély, et après audition du rapport de M. Paul Abély, M. le Dr Maurice Porot (d'Alger) est nommé *membre titulaire* de la Société médico-psychologique, par 17 voix sur 19 votants (2 bulletins blancs).

M. le Dr O. Garand, trésorier archiviste, est délégué pour représenter la Société médico-psychologique à la session de Pau (1953) du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

La séance est levée à 18 heures 30.

*Le secrétaire général,*
Dr Paul Abély.

# SOCIÉTÉS

## Société française de neurologie

*Séance du 7 mai 1953*

**Présidence : M. R. MOREAU, présiden**

**Etude clinique et nosologique d'une forme particulière de crise psycho-motrice de l'adulte,** par M. J.-L. Courchet.

A propos de l'observation d'une crise d'agitation pithiatique avec phénomènes psycho-moteurs, l'auteur insiste sur la difficulté du classement nosologique de ces formes qui semblent réactivées par les conditions extérieures.

**Atteinte du trijumeau et du facial dans les méningiomes frontaux sagittaux et parasagittaux (l'interprétation des soi-disant faux symptômes de localisation),** par MM. Th. Alajouanine, J. Nick, B. Pertuiset, J. Barbizet et Namin.

Paralysie sensitivo-motrice bilatérale du V associée à une paralysie du VII périphérique et provoquée par un volumineux méningiome en besace de la partie antérieure de la faux du cerveau qui avait disparu après ablation de la tumeur. Les auteurs précisent le mécanisme de ce symptôme à distance ; l'étirement des nerfs craniens par le tronc cérébral abaissé sous l'effet de la pression exercée en bas et en arrière par la tumeur. Trois observations antérieures ont déjà montré des faits semblables.

**Sur la symptomatologie visuelle dans les lésions occipitales,** par MM. P. Castaigne et J. Graveleau.

Après artériographie pour angiome, les auteurs ont observé une hémianopsie avec des troubles de la perception du déplacement. Il existait un foyer occipital à l'électro-encéphalogramme : les phénomènes oculaires sont en rapport avec une lenteur de la disparition de l'image, d'où un effet stromboscopique.

**L'encéphalographie en neuro-chirurgie,**
par MM. M. David, G. Ruggiero et J. Talairach.

Dans 40 cas de tumeur cérébrale, les auteurs ont pratiqué des encéphalographies gazeuses fractionnées. Cette méthode leur apparaît plus simple et souvent plus précise que la ventriculographie, surtout pour faire un diagnostic de début et d'opérabilité. L'encéphalographie ne présente pas des dangers aussi importants qu'on pourrait le croire, mais doit toujours être pratiquée en milieu neuro-chirurgical. La découverte radiologique d'un cône de dépression doit faire recourir à l'intervention d'urgence.

**Le vomito-negro post-opératoire en neuro-chirurgie infantile. Constatations cliniques et considérations physiologiques,** par M. M. Feld.

Vomito-negro chez 6 enfants ayant subi des interventions neuro-chirurgicales diverses comme complication du deuxième ou troisième jour qui suit l'intervention. Gravité extrême, car 5 décès sur 6 cas.

Après avoir décrit les conditions cliniques d'apparition, les précautions nécessaires dans la surveillance des jeunes opérés, ainsi que le déroulement évolutif du vomito-negro, l'auteur insiste sur la coexistence de perturbations sanguines primitives : anémie aiguë, purpura, leucocytose avec polynucléose. L'analogie de ces troubles avec les phénomènes de Reilly paraît démontrée.

**La myélographie dans la pratique neuro-chirurgicale,**
par M. G. Ruggiero.

A côté de la myélographie lipiodolée dont les résultats remarquables ne sont pourtant pas toujours absolus, on peut recourir à la myélographie gazeuse. L'évacuation du liquide rachidien permet d'avoir une image claire et précise de l'espace arachnoïdien.

**Atrophie spinale segmentaire et sclérose en plaques,**
par M. J.-A. Barré.

Ayant réuni un grand nombre d'atrophies spinales segmentaires, qui simulaient la sclérose en plaques, M. J.-A. Barré relève les principaux éléments qui doivent faire suspecter l'atrophie spinale et entraîner une sanction chirurgicale : fourmillements sur les membres, douleurs et raideurs de la colonne cervicale à la suite d'un traumatisme minime, troubles vestibulaires minimes. Souvent, les réflexes ne sont pas symétriques, quelques-uns manquent. Benjoin colloïdal négatif. Lorsque ce tableau est plus évolué, troubles sphinctériens et syndrome labyrinthiques passent au second plan.

**Myopathie et séquelles de poliomyélite. Intérêt des radiographies musculaires,** par MM. A. Grossiord, J. Bernard et R. Marbeau.

Enfant de 11 ans ayant présenté, à 2 ans 1/2, une poliomyélite antérieure aiguë avec monoplégie crurale droite, qui régressa partiellement et, plus tard, une myopathie pseudo-hypertrophique du type banal. Mollet gauche énorme, droit atrophique, avec déformation du pied en valgus creux. Des

radiographies musculaires faites selon la technique de Frantzell montrent combien la structure des deux mollets est différente : striation fine bipennée à gauche, aspect non constant, mais qui paraît propre au muscle myopathique, larges flaques claires à droite.

**Mouvements d'élévation de la paupière supérieure associés aux mouvements d'abaissement et d'abduction de la mâchoire (syndrome de Marcus Grenn ; mâchoire à clignement),** par M. J. DEREUX.

Présentation de cette anomalie particulière. Chaque mouvement d'abaissement et d'abduction vers la gauche du maxillaire inférieur entraîne un relèvement de la paupière droite.

L'auteur étudie la séméiologie de ce syndrome et discute les diverses hypothèses que l'on peut émettre au sujet de ce curieux phénomène.

---

## Société de médecine mentale de Belgique

*Séance du 30 mai 1953*

**Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président**

**Psychothérapie d'un syndrome de Cotard après leucotomie,** par Mme DURET-COSYNS.

Une femme de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables, présente depuis six mois un syndrome mélancolique qui s'améliore légèrement après une tentative de suicide, puis s'aggrave pour prendre la forme du syndrome de Cotard, malgré un mois d'insulinothérapie et huit électrochocs-curare. En raison du mauvais pronostic habituel de tels états on pratique une leucotomie bilatérale dix mois environ après le début de la maladie. La malade passe par une phase d'excitation maniaque tout en exprimant les mêmes idées, mais elle se montre plus accessible à la psychothérapie dialectique. Le délire s'effondre rapidement. Une psychothérapie rééducative est entreprise ensuite pour préparer la réadaptation sociale.

L'auteur émet des considérations générales sur la psychothérapie des lobotomisés, qui est mal précisée dans la littérature.

**L'illusion poids-volume dans la déficience mentale chez les adultes,** par MM. R. NYSSEN et J. BOURDON.

L'illusion poids a été étudiée par la technique des blocs de poids croissants. Elle existe chez les oligophrènes adultes dans 92 % des cas. Elle per-

siste chez les séniles et les paralytiques généraux, malgré le déficit intellectuel, dans 100 % des cas.

Les auteurs ont étudié aussi l'intensité moyenne de l'illusion : les oligophrènes adultes se montrent plutôt supérieurs à ce point de vue aux autres déficients mentaux. Chez les oligophrènes profonds on rencontre parfois l'inversion de l'illusion.

**A propos de quotients de développement,** par M. R. Nyssen.

L'auteur rappelle les arguments d'ordre mathématique qui lui font rejeter le quotient intellectuel et discute les arguments qu'on lui a opposés. Il montre que si l'on établit des quotients d'âge et des quotients réels pour le poids ou la taille par exemple, on obtient des résultats très différents. Plus le tracé de la mesure choisie est curviligne, plus les différences entre les deux quotients augmentent. Or, il s'agit là de chiffres réels, de données numériques absolues. Aucune comparaison n'est possible avec le quotient intellectuel.

J. Ley.

---

## Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

*Séance du 30 mai 1953*

**Présidence : M. J. MAGE, secrétaire**

**Identité des altérations toxiques et traumatiques au niveau de l'appareil cochléaire,** par M. P. Hennebert.

L'auteur rapproche des faits assez disparates à première vue, mais qui, d'après lui, ont une base commune : l'altération des nucléoprotéides de l'organe de Corti. Il s'agit des expériences de Hamburger sur les traumatismes sonores chez le cobaye, des observations sur l'intoxication par la streptomycine, du rôle protecteur de la vitamine A dans ces cas, ainsi que de son rôle dans le raccourcissement du temps de récupération après fatigue auditive chez des sujets normaux. L'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agirait d'une forme particulière de surdité qui pourrait être mise en évidence précocement par des moyens audiométriques spéciaux.

**Recherches sur la sensibilité du canal semi-circulaire horizontal du pigeon au sens d'une rotation. Analyse électromyographique du nystagmus vestibulaire céphalique,** par M. M Van Eyck.

L'auteur a poursuivi ses recherches sur le nystagmus céphalique du pigeon au moyen de l'appareil de Gerebtzoff, sur l'animal entier et labyrinthectomisé d'un côté. La passivité de la phase rapide du nystagmus est démontrée ; l'ampoule n'est sensible qu'au mouvement ampulipète ; elle peut être stimulée par le son. Le nystagmus résulte d'une variation fluctuante lente de l'excitabilité centrale. La phase descendante pourrait être le résultat d'un phénomène de fatigue.

**Tumeurs cérébelleuses à symptomatologie supratentorielle,** par MM. Van den Berghe et A. Dereymacker.

Relation de quelques cas cliniques montrant la difficulté de localisation des tumeurs cérébrales et la valeur relative de la symptomatologie. La ventriculographie reste indispensable dans certains cas. Trois observations sont présentées : 1° chez un homme de 43 ans, une tumeur du vermis et du quatrième ventricule en a imposé pour une lésion temporale gauche ; 2° chez une fillette de 3 ans, un hématome encapsulé de l'hémisphère cérébelleux gauche a donné une symptomatologie hémiplégique ; 3° chez une femme de 25 ans traumatisée du crâne, une tumeur kystique de l'hémisphère cérébelleux droit a fait penser à un hématome frontal gauche.

**Hernie discale éclatée, luxée à la partie postérieure du cul-de-sac rachidien,** par MM. E. Tolosa et L. Ectors.

La hernie discale éclatée avec fragment libre dans le canal rachidien se rencontre dans 3 % des cas. Ce fragment peut avoir des localisations très diverses ; il peut se frayer un chemin à travers une vertèbre, se trouver à l'intérieur de la dure-mère, ou à la face postérieure du cul-de-sac rachidien. Les auteurs apportent deux observations superposables dans lesquelles les malades (hommes de 56 et de 43 ans) souffraient depuis plusieurs années d'algies radiculaires et furent atteints subitement à l'occasion d'un effort de paraplégie avec troubles des sphincters. La laminectomie fit découvrir les fragments libres responsables de la compression de la queue de cheval.

J. Ley.

# ANALYSES

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

### NEUROLOGIE

**Quelques notions nouvelles sur le vertige. Méthodes d'exploration de l'appareil vestibulaire,** par René Mayoux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, *Préface* du professeur J. Terracol. (1 vol., in-8°, 140 pages, Masson et Cie édit., Paris, 1953).

Ce livre qui, ainsi que le déclare l'auteur, n'est pas une étude générale du vertige, contient l'exposé et la mise au point des méthodes indirectes, nouvelles, d'exploration de l'appareil vestibulaire, à la lumière des recherches personnelles de l'auteur et des nombreux faits cliniques qu'il a pu rassembler.

Après une introduction dans laquelle l'auteur rappelle les notions indispensables sur le mécanisme régulateur de la tension des liquides labyrinthiques et sur la mise en défaut du mécanisme régulateur par les lésions labyrinthiques locales, la première partie de l'ouvrage est consacrée à l'examen du fond d'œil chez les vertigineux, examen aussi utile au diagnostic de l'étiologie vasculaire d'un vertige que la prise de la tension artérielle. Moins constantes en dehors des cas d'hypertension et d'artériosclérose, des anomalies plus ou moins discrètes du fond d'œil existent aussi dans plus de la moitié des cas chez les autres malades atteints de vertiges.

Mais les injections de sérum hypertonique et d'eau distillée, utilisées par l'auteur et par le professeur Paufique pour agir sur la pression de l'endolymphe chez les vertigineux, permettent de s'assurer s'il existe une hypotension ou une hypertension de l'endolymphe. Dans la deuxième partie du livre, basée sur cette étude expérimentale, M. René Mayoux met en lumière l'action du sérum hypertonique et de l'eau distillée chez les vertigineux, dégage les indications, les règles de conduite et les résultats du traitement, tant pour les vertiges que pour les signes associés (bourdonnements, céphalées, surdité). Il montre les relations qui existent entre la tension des liquides labyrinthiques et la sensation vertigineuse et recherche comment la modification de pression des liquides labyrinthiques peut produire le vertige. Il établit la réalité de l'hypotension labyrinthique, jusqu'ici à peu près inconnue, en

décrit les circonstances étiologiques, la pathogénie, les symptômes et conclut que l'efficacité des injections d'eau distillée dans le syndrome d'hypotension labyrinthique est indiscutable. Cette deuxième partie de l'ouvrage se termine par l'étude des variations de la tension de l'artère centrale de la rétine en fonction des modifications de la tension des liquides labyrinthiques.

La troisième partie est consacrée, à l'aide d'observations cliniques, à l'étude de quelques « vertiges neurologiques » (vertiges dans les adénopathies cervicales et dans les lésions infectieuses du tronc cérébral, signes vestibulaires objectifs dans le syndrome de Barré-Liéou, syndrome cérébello-vestibulaire familial, manifestations vestibulaires dans les malformations de la charnière occipito-vertébrale et dans le syndrome d'Arnold-Chiari) et au traitement des vertiges d'origine centrale par la section des voies vestibulaires, proposée par l'auteur, pédonculotomie ou même lobotomie si les lésions semblent diffuses et paraissent avoir atteint les régions des noyaux gris (comme dans certains vertiges consécutifs à des traumatismes craniens).

De ces intéressantes recherches expérimentales et des faits cliniques rapportés, il résulte que l'examen du fond d'œil et les injections de sérum hypertonique et d'eau distillée apportent conjointement des renseignements précis sur l'état circulatoire de l'oreille interne et sur la pression des liquides labyrinthiques. D'où se dégagent, à côté des épreuves vestibulaires classiques, des notions nouvelles de pathologie vestibulaire, des règles pratiques de diagnostic et des procédés thérapeutiques efficaces.

R. C.

## THÉRAPEUTIQUE

**L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux, année 1952** (24e *année*), par A. Ravina. (1 vol., 234 pages, Masson et Cie édit., Paris, 1953)

Cette excellente publication annuelle signale, clairement exposées et résumées, les acquisitions thérapeutiques nouvelles de l'année 1952. Très utile à tout médecin qui veut se tenir au courant des progrès de la thérapeutique, elle constitue un répertoire de consultation facile et rapide. Divisé en trois parties, le livre, conçu dans un but essentiellement pratique, présente successivement 40 traitements de maladies ou de symptômes, 9 méthodes et techniques thérapeutiques d'application immédiate et facile et 19 chapitres consacrés à différentes utilisations de médications nouvelles.

Bien que la connaissance de toutes ces acquisitions soit nécessaire à tout médecin et particulièrement aux médecins qui ont la charge d'un service d'hôpital psychiatrique, comme il serait trop long d'en donner ici la liste, signalons particulièrement les chapitres consacrés au traitement d'affections ou de symptômes neuro-psychiatriques : traitement de la migraine par le tartrate d'ergotamine caféiné ; état actuel de la thérapeutique de la myasthénie ; traitement des douleurs musculaires de la poliomyélite antérieure aiguë par la priscoline ; traitement de la sclérose en plaques par la cortisone et l'A.C.T.H. ; traitement de la syphilis nerveuse par la pénicilline et l'auréomycine ; curarisation par voie rectale dans le tetanos, les contractures et les spasmes musculaires divers, les paraplégies spasmodiques, les encéphalo-

pathies de l'enfance, certains syndromes choréiques, les rigidités parkinsoniennes mais aussi, en psychiatrie, dans les états d'agitation ou d'anxiété (et la curarisation par voie rectale permet de diminuer les doses des médications sédatives) ; traitement des algies en général et traitement des crises gastriques du tabes par les injections intra-rachidiennes d'eau distillée ; traitement des névralgies par les ultra-sons, avec lesquels ont été aussi obtenus des résultats favorables contre les douleurs fantômes des amputés et le prurit anal. Signalons encore les chapitres consacrés à l'utilisation des ganglioplégiques en neuro-chirurgie ; le traitement par la terramycine de la méningite à pneumocoques et des brucelloses et le traitement de l'intolérance à la terramycine par les antihistaminiques.

Une table alphabétique des matières parues dans les éditions successives de ce livre de 1946 à 1951 termine le volume consacré à l'année 1952 et permet de trouver rapidement le renseignement désiré parmi les très nombreux chapitres consacrés aux acquisitions réalisées en ces dernières années par la thérapeutique médicale. Le caractère pratique de cette publication en fait l'auxiliaire indispensable du médecin praticien.

R. C.

# JOURNAUX ET REVUES

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**L'épidémie de poliomyélite en 1952 en Belgique,** par M. l'Inspecteur André de Wever, directeur à l'administration de l'hygiène du ministère de la santé publique et de la famille de Belgique. (*Archives belges de médecine sociale*, décembre 1952).

Il résulte de ce rapport qu'avant la guerre de 1939-1945, à part quelques poussées épidémiques en 1929 et 1939, le nombre de cas de poliomyélite déclarés annuellement en Belgique était très peu élevé (et même en 1940 : 38 ; en 1944 : 21).

C'est à partir de 1945 (852 cas) que ces chiffres augmentèrent considérablement. Trois mouvements épidémiques se manifestèrent en 1945, 1947 et 1952. L'épidémie de 1947 (293 cas) se limita à la province de Liége, mais en 1952 (897 cas) l'épidémie intéressa rapidement tout le territoire de la Belgique, comme en 1945.

En cette *épidémie de 1952* dont le maximum eut lieu en juillet (252 cas), en août (274 cas) et en septembre (157 cas) où le nombre de cas nouveaux commença à décroître, le sexe masculin (432 cas) fut plus souvent atteint que le sexe féminin (290 cas) et le maximum des cas se produisit de 1 à 10 ans (67,1 % des cas) et de 11 à 20 ans (18,4 % des cas).

Il fut observé 643 formes paralytiques, 153 formes méningées, 35 formes hautes et l'on nota 16 décès. L'auteur indique les mesures prises pour l'observation et le traitement aux différents stades de l'atteinte de la maladie, les résultats obtenus, ainsi que les dispositions prises par les services de l'inspection d'hygiène pour lutter contre l'extension de l'épidémie.

R. C.

**Une expérience de service social de neuropsychiatrie et d'hygiène mentale dans la région Rhône-Alpes**, par J. Dechaume et J.-M. Nouel (*Archives de médecine sociale*, mai-juin 1951, p. 105-121).

Sont décrits successivement les éléments de base du service social (centres de travail départementaux et universitaire, clientèle et activité du service social à la clinique neuro-psychiatrique de Lyon, principes de fonctionnement et place de l'assistante sociale dans l'équipe médico-sociale et psycho-pédagogique), la formation des assistantes sociales spécialisées, enfin la coordination et l'unité dans les réalisations et les perspectives d'avenir. Le tout s'applique à huit départements : Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie et Haute-Savoie.

V.-J. Durand.

## THÉRAPEUTIQUE

**La resocialisation des malades mentaux**, par A. A. Sandison. (*Mental Health*, vol. 10, n° 4, été 1951, p. 87).

Travail très important, qui traite d'une manière scientifique des aspects sociaux des désordres mentaux et de leur thérapeutique de groupe. La resocialisation est un procédé d'éducation par lequel le malade mental réapprend et se réadapte au travail, à la famille, à la société. La plus grande difficulté provient de la grande diversité des sujets dont les classes sociales, les professions et la culture diffèrent. L'auteur passe en revue le rôle de la communauté et celui de l'hôpital avec ses cas aigus et chroniques, la thérapeutique de groupe avec ses séances de danse, de concerts, de réunions artistiques ; il a créé un groupe de travailleurs pour les malades nouvellement admis à l'hôpital, un autre pour les adolescents, une association des parents de malades, un groupe de travailleurs pour les malades chroniques, une psychothérapie spéciale pour les lobotomisés. Les dispositions artistiques des malades sont surtout utilisées chez les schizophrènes qui, d'intravertis, deviennent extravertis. Les malades, qui sont soumis au coma insulinique, sont l'objet d'une organisation médicale spéciale, car l'auteur a remarqué que ceux qui étaient traités isolément n'allaient pas si bien que ceux qui étaient soumis à une thérapeutique de groupe. Enfin, l'auteur expose comment les sujets qui ont quitté l'hôpital sont suivis en vue de parfaire leur réhabilitation et quel profit ils tirent de la fréquentation des clubs sociaux thérapeutiques. La première tâche du psychiatre est de convaincre le malade qu'il ne doit pas surtout compter sur le médecin pour le guérir, mais que lui-même doit « travailler » à sa guérison.

L. Marchand.

# VARIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 6 juillet 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 octobre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 novembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

*L'Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 21 décembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

## HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

### Nominations

M. le Dr BEC est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Montredon (Haute-Loire).

## Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (2 juin 1953)

Composition du Jury

*Président :* M. le Dr Coulon, inspecteur général au ministère de la santé publique et de la population ; *membres :* MM. les professeurs agrégés Géraud et Kammerer, Mlle le Dr Cullerre, MM. les Drs Ey, Fromenty, Sivadon, Teulié.

M. le Dr Hazemann, inspecteur divisionnaire, directeur départemental de la santé (Seine), représentait le directeur de l'hygiène sociale ; Mlle Kahn, administrateur civil, représentait le directeur du personnel.

Questions posées au concours

Anatomie et physiologie : *Lobe occipital.*

Questions restées dans l'urne : Noyau rouge. — Voies auditives centrales.

Pathologie mentale : *Névroses obsessionnelles.*

Questions restées dans l'urne : Traitement et prophylaxie des troubles mentaux de l'alcoolisme. — Catatonie.

Pathologie interne ou hygiène hospitalière : *Abcès du poumon.*

Questions restées dans l'urne : Endocardite rhumatismale. — Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow.

Administration : *Calcul du prix de journée.*

Questions restées dans l'urne : Mariage et divorce des aliénés mentaux. — Commissions de surveillance et commissions administratives dans les divers établissements d'assistance psychiatrique.

54 candidats étaient présents lors de la première épreuve.

Après ces épreuves et les épreuves cliniques, ont été proposés, pour remplir les fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques.

1. M. Bensoussan (Pierre), 2. M. Bonnet (Henri), 3. M. Constans (Jean-Paul), 4. M. Lecomte (Georges), 5. M. Faure (Henri), 6. M. Dell (Charles), 7. M. Cohen (Jacques), 8. M. Breton (Jacques), 9. M. Gramlert (Jean), 10. M. Paumelle (Philippe), 11. M. Neuveglise (Didier), 12. M. Guyotat (Jean), 13. M. Fanon (Frantz), 14. M. Schmidt (Pierre), 15. M. Fellion (Gaston), 16. Mme Grasset (Françoise), 17. Mlle Lallemand (Josette), 18. Mlle Teysseyre (Jacqueline), 19. *ex-æquo*, Mme Bouquerel (Maud) et Mlle Ranson (Jeannine), 21. Mlle Morlon (Colette), 22. M. Perrens (Fernand), 23. Mlle Vernet (Nicole).

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant :* René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1953 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 84.809. — 1953
C.O.A.L. 31.2330.